LE MIROIR MAGIQUE DE LA DÉCENTRALISATION

Perception des conseils régionaux de la santé et des services sociaux

Harold Bhérer, Université Laval
Jacques Godbout, INRS - urbanisation
Lise Brassard, INRS - urbanisation
Jean Turgeon, Direction de l'évaluation, MSSS

Décembre 1986

RAPPORT DE RECHERCHE SUBVENTIONNÉE PAR
LA DIRECTION DE L'ÉVALUATION
DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET
DES SERVICES SOCIAUX.

Miroir magique: Objet constitué d'une surface polie, censé faire apparaître des personnes ou des choses absentes.

Petit Robert, Paris, 1978, p.1207

Le miroir magique de la décentralisation - Perception des Conseils régionaux de la santé et des services sociaux, Rapport de recherche subventionnée par la Direction de l'Evaluation du MSSS, Bhérer H., Godbout J., Brassard L., Turgeon J., décembre 1986, 235 p.

RÉSUMÉ

CONTEXTE GÉNÉRAL

La présente recherche a été réalisée par une équipe de l'Université Laval et de l'INRS-urbanisation sous la direction du professeur Harold Bhérer. Elle s'inscrit en complément à une étude antérieure du ministère de la Santé et des Services sociaux et vise à analyser un aspect de l'expérience de décentralisation initiée en 1971 dans le réseau socio-sanitaire québécois. Elle présente la perception qu'ont les CRSSS et leurs partenaires de la décentralisation dans laquelle ils sont engagés depuis quinze ans.

L'objet principal de la démarche consiste à dégager les portraits des CRSSS à partir des perceptions des principaux acteurs concernés sur les rôles, les pouvoirs, les fonctions et les résultats du CRSSS. Les perceptions recensées dans cette recherche proviennent essentiellement de deux types de répondants: d'une part permanents des CRSSS, du réseau et d'organismes associés ou du Ministère, d'autre part représentants de la population: membres de conseils d'administration des CRSSS et des établissements et leaders régionaux. Ces répondants se regroupent selon trois entités territoriales différentes: provincial, régional et local. La cueillette de données s'est effectuée de la fin de 1984 à l'automne 1985.

LES CRSSS TELS QU'ILS SE PERÇOIVENT

A l'intérieur des CRSSS ce sont les représentants aux conseils d'administration (c.a.) sans fonction exécutive qui apparaissent comme les moins satisfaits de la performance des CRSSS et les moins ambitieux quant à son avenir. Ces répondants sont souvent incapables d'identifier des dossiers d'intervention importants ou, s'il en est, d'y découvrir un rôle positif ou simplement une présence marquée du CRSSS. Généralement, ils se sentent mal à l'aise avec le langage technocratique des permanents et des autres membres du conseil d'administration représentant les établissements. Certains paraissent avoir lancé la serviette et doutent carrément de la possibilité ou de l'opportunité d'augmenter les pouvoirs du CRSSS ou la représentation populaire hors-réseau. Par contre la permanence du CRSSS et les représentants de la population au c.a. dotés de fonctions exécutives (exécutif du CRSSS) dégagent une vision nettement plus positive. Ils sont plus optimistes sur la performance passée du CRSSS et la possibilité d'y impliquer davantage la population. Entre le rôle d'extension du Ministère et celui d'autorité régionale plus ouverte et autonome, les deux types de répondants des CRSSS cherchent l'identité du CRSSS.

PERCEPTION DES ÉTABLISSEMENTS

Les petits établissements et les CSS tendent à craindre l'ingérence des CRSSS dans leur gestion. Dans plusieurs régions ils n'en apprécient pas moins la "protection" que leur apportent le CRSSS, à la fois contre un Ministère qui a eu récemment tendance à leur couper les vivres, et contre les plus gros établissements qui veulent s'accaparer la plus grosse part du gâteau lors de la répartition des budgets.

Les gros établissements apprécient également la protection du CRSSS, et redoutent moins que les petits son ingérence que ces derniers considèrent envahissante; ils dégagent un sentiment de sécurité et de contrôle relatif des orientations du CRSSS et se pensent capables d'utiliser cette structure pour confronter le MSSS.

Les quatres types d'établissements (centres hospitaliers, centres locaux de services communautaires, centres de services sociaux et centres d'accueil) souhaitent généralement une plus grande décentralisation administrative, dans le but de rapprocher la source de pouvoir de leur région. Le CRSSS idéal est décrit comme plus indépendant du MSSS par rapport à la situation actuelle, avec plus de pouvoir en matière de programmation, de planification et de budgétisation.

Une bonne part des répondants des CH, CLSC et centres d'accueil insistent davantage sur le travail d'harmonisation, de concertation et de soutien que le CRSSS idéal ferait auprès des établissements. Plus à l'écoute de ces derniers, le CRSSS idéal agirait en complémentarité avec eux et ferait une meilleure adéquation entre ressources disponibles et besoins des établissements. Il assurerait la coordination et la concertation, contribuerait à aplanir les conflits à l'intérieur du réseau et fournirait un soutien technique et des ressources humaines pour la recherche de solutions plus adaptées au besoin du milieu. Les représentants de la population sur les c.a. des centres hospitaliers sont plus nombreux à souligner que cela devrait se faire sans que les CRSSS s'ingèrent dans la gestion interne des établissements.

En général les répondants des établissements estiment donc que, pour améliorer les CRSSS et se rapprocher un peu plus de l'idéal, plusieurs changements seraient nécessaires. Premièrement, il faudrait une clarification des rôles entre les CRSSS et le MSSS et une redistribution des pouvoirs au profit des régions; deuxièmement une amélioration des relations entre les CRSSS et les établissements s'impose; troisièmement, mais cette fois le consensus est beaucoup moins important, un accroissement de la participation et de l'implication de la population dans les CRSSS, particulièrement au sein des conseils d'administration, afin d'assurer une meilleure adéquation des services et des décisions aux besoins réels.

Cependant ce dernier souhait vient en contradiction flagrante avec le jugement fort sévère porté par plusieurs répondants sur la performance actuelle des représentants de la population dans les conseils d'administration des CRSSS.

LA VISION DES "AUTRES"

Il a été difficile d'identifier des leaders régionaux et des personnalités qui s'intéressent aux CRSSS en dehors du réseau socio-sanitaire. L'image d'un organisme replié sur lui-même et sur le réseau se dégage avec netteté.

Les entrevues réalisées au Ministère ont permis de voir le problème sous un angle différent: depuis le début du processus de décentralisation administrative vers les régions, le Ministère serait obligé de le défendre auprès du Conseil du Trésor à qui plusieurs des répondants attribuent un rôle négatif eu égard à la décentralisation. De plus, cette décentralisation, bien que s'inspirant des travaux de la Commission d'enquête sur la Santé et le Bien-être social, n'aurait pas joui des fondements structurels envisagés, ni d'une conception théorique précise: on espérait que, par définition, décentraliser serait synonyme d'une performance générale améliorée et que la décentralisation pourrait s'édifier d'elle-même, à mesure que se modifieraient les comportements des acteurs. Ces entrevues ont permis de constater que l'existence d'une structure entre le Ministère et les établissements n'est pas remise en cause à l'échelon central. La participation de la population aux conseils d'administration y paraît également encore comme un élément positif.

Du côté des associations d'établissements et de professionnels rencontrés, les conseils régionaux sont souvent perçus comme les "bumpers politiques" du Ministère. Pour elles, le CRSSS idéal devrait être une fédération d'établissements et dès lors il faudrait diminuer substantiellement les effectifs des conseils régionaux actuels. Pour une partie de ces répondants, il serait un organisme déconcentré: unité de gestion du Ministère située en région avec un sous-ministre régional.

Les associations médicales pour leur part dénoncent la lourdeur bureaucratique des CRSSS, leurs pratiques technocratiques en opposition à une approche plus "professionnelle".

ANALYSE DES PERCEPTIONS

Dans un effort pour dégager le sens de ces perceptions, les chercheurs proposent, après avoir brossé un portrait de chaque CRSSS, une typologie qui regroupe certains CRSSS ayant des affinités, mais non semblables en tous points. Ils retiennent cinq dimensions pour lesquelles ils notent les conseils régionaux:

1) l'autorité venant du Ministère qu'ils exercent sur les établissements

2) la coordination régionale des établissements

3) la pression qu'ils exercent au nom des établissements vers le Ministère

4) celle qu'ils exercent au nom de la population vers le Ministère

5) et vers les établissements.

De manière générale, c'est sur ces deux dernières dimensions qui relient le CRSSS à la population que les Conseils sont les plus faibles. Ils ont peu développé le rôle de véhicule des demandes et réactions de la population régionale face au réseau d'établissements et face au MSSS. Ils obtiennent par contre les scores les plus élevés dans les deux dimensions reliées à leur rôle vis à vis les établissements. Globalement les CRSSS sont perçus et se perçoivent comme d'abord utiles aux établissements.

Un premier type de conseil régional où la dimension "autorité déléguée" l'emporte est l'organisme "Déconcentré", le Ministère en région. Deux CRSSS s'apparentent à ce type. Le second type est caractérisé par un faible score sur toutes les dimensions: aucune ne ressort en particulier. La population en est à peu près absente. Deux CRSSS sont ainsi qualifiés "Intermédiaires". Le troisième type regroupe quatre conseils régionaux et se caractérise par un score élevé sur les dimensions de coordination et de pression relatives aux établissements. C'est le type "Fédération d'établissements". Enfin le dernier type se caractérise par une bonne performance générale, plus particulièrement dans ses relations avec la population. Trois CRSSS sont ainsi qualifiés de "Gouvernement régional". Dans leur description du CRSSS idéal, les répondants décrivent le plus souvent le CRSSS "Fédération d'établissements" ou encore "Gouvernement régional".

On note la satisfaction des établissements à l'égard des différents rôles joués par les CRSSS en leur faveur: médiateur inter-établissements ou entre les établissements et le MSSS, collaborateur administratif des établissements, informateur des établissements. Les auteurs de l'étude ne sont donc pas surpris de constater que les commissions administratives régionales sont généralement bien perçues par l'ensemble des permanents.

Par ailleurs, le langage technocratique des CRSSS n'est pas sans susciter de vives réactions de la part d'associations de professionnels qui se sentent mises à l'écart. Comme mentionné précédemment, les représentants de la population au sein des conseils d'administration des CRSSS se sentent eux aussi souvent mal à l'aise avec ce langage. Là encore ce biais "administratif" des CRSSS n'étonne pas les chercheurs. Ils rappellent que la loi contient seulement deux alinéas relativement au rôle "politique" des conseils régionaux. Tous les autres alinéas leur attribuent plutôt un rôle administratif de gestionnaire en rapport avec les établissements. De plus, cette évolution vers l'administratif va dans le sens des nombreux mandats confiés aux CRSSS par le Ministère depuis plus de 14 ans. Les conseils régionaux sont donc là pour faire faire et non pour faire eux-mêmes. C'est là la définition même de la tâche du gestionnaire. Ainsi les CRSSS ont aussi

recruté de plus en plus du personnel "technocratique", par opposition à du personnel d'animation comme c'était le cas dans leurs premières années d'existence, et ce, afin de répondre à ce mandat de gestionnaire.

DES BALISES POUR UNE ÉVENTUELLE RÉFORME

Les CRSSS apparaissent donc aux yeux de la majorité des répondants comme des organismes situés à mi-chemin entre le Ministère et les établissements, bien davantage qu'entre ces derniers et la population. Dans cette optique, l'on peut s'interroger sur l'opportunité d'une structure relativement lourde et coûteuse en temps pour les gestionnaires du réseau. Pourrait-on réaliser le même degré et le même type de décentralisation sans les CRSSS, par le biais de structures régionales allégées du type de la table de concertation de ville de Laval?

Cette réflexion amène les chercheurs à s'interroger aussi sur le découpage actuel des régions socio-sanitaires. La décentralisation frappe-t-elle au bon niveau? La nécessaire péréquation inter-régionale que devra effectuer le Ministère ne risque-t-elle pas de poser problème?

Il semble que les expériences de décentralisation québécoise ait pour pré-requis l'uniformité, c'est-à-dire qu'il faille étendre à l'ensemble du territoire québécois un même modèle. Pourtant il est évident que les besoins et les caractéristiques structurelles des régions comme la Côte Nord ou l'Abitibi-Témiscamingue s'éloignent radicalement de la situation qui domine à Montréal ou à Québec. Heureusement les lois laissent souvent beaucoup de latitude dans l'interprétation qu'on peut en faire. A preuve l'existence d'au moins quatre types de CRSSS différents à partir d'un même texte de loi et de la délégation de mandats similaires à chaque CRSSS. Bien plus: la décentralisation "sur papier" a peu d'influence sur le type de conseil régional que l'on retrouvera dans une région. En effet, les deux régions qui ont fait l'objet d'une décentralisation plus poussée en 1980 (l'Estrie et le Saguenay-Lac St-Jean) ne se retrouvent pas dans le peloton des CRSSS du type "Gouvernement régional".

A retenir également dans l'éventualité d'une réforme: à partir du moment où l'on met dans une même structure population, professionnels et technocrates, la population ou plutôt ses représentants se font rapidement "avaler" par la culture technocratique. En ce sens, l'idée première de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social de séparer dans des structures distinctes les activités de "pression" des activités de gestion et de commandement apparaît comme très intéressante encore aujourd'hui.

Entre la vision de certains permanents de CRSSS et d'associations d'établissements qui rêvent d'un CRSSS déconcentré, la population et d'autres répondants de CRSSS qui désirent eux un CRSSS "Gouvernement régional", une majorité d'établissements qui opte plutôt pour un CRSSS "Fédération d'établissements", et certains acteurs qui veulent la dispari-

tion des CRSSS ou même du niveau régional, il faudra choisir en fonction d'objectifs bien définis. Il faudra aussi s'interroger sur le type de message qui doit s'exprimer dans le réseau socio-sanitaire: s'agit-il de traiter des "patients-bénéficiaires" ou de faire une place à des citoyens-acteurs dans la définition des politiques socio-sanitaires? La structure du réseau à mettre en place, les rôles et fonctions de chaque palier retenu dépendront de la réponse apportée.

PRÉSENTATION

La présente étude n'aurait pu se réaliser sans le dévouement et l'ouverture d'esprit d'un grand nombre de personnes. S'il convient d'abord de remercier le Secrétariat à la coordination de la Recherche du ministère de la Santé et des Services sociaux qui a fourni ses appuis et subventions, il convient aussi de saluer l'appui de la Conférence des CRSSS et la contribution, l'honnêteté et la franchise avec laquelle les problèmes ont été abordés par nos interlocuteurs au niveau des CRSSS eux-mêmes, dans les régions et au sein des organismes centraux. La capacité de remise en question qu'ils ont manifestée est particulièrement remarquable. Si ce rapport présente quelque intérêt, c'est d'abord à cause de cette qualité des entretiens qui nous ont été livrés par les personnes rencontrées.

Cette étude a été réalisée sous la direction de Harold Bhérer à l'Université Laval et de Jacques Godbout à l'INRS. Le professeur Godbout a également livré les chapitres cinq et six du manuscrit, et madame Lise Brassard la partie du chapitre quatre qui traite des organismes centraux. La réalisation des autres parties, l'intégration et l'intervalidation de l'ensemble ont été accomplies par Jean Turgeon et Harold Bhérer. Nous sommes redevables à monsieur Clermont Bégin, directeur du groupe de recherche en Santé de l'Université Laval qui a lu le manuscrit et fourni des commentaires fort utiles avant sa publication.

Les agents de recherche ont contribué pour une large part à la qualité et à l'intérêt de la présente étude. Le volume de l'information à recueillir et à traiter était impressionnant. Il n'est pas exagéré de dire que chacune des personnes engagées dans cette recherche a dû mettre les bouchées doubles et des heures de travail supplémentaires

pour atteindre l'objectif initial. Lise Brassard, Robert Baril et Lucie Parent à l'INRS, Diane Lefebvre, Diane Poulin et Jean Turgeon à l'Université Laval ont réalisé les entretiens et préparé un document regroupant et analysant l'ensemble des informations recueillies dans les régions. Diane Poulin et Lorraine Fournier ont effectué plusieurs des entretiens auprès des organismes centraux. A une époque critique de la recherche, au moment où la somme d'informations à traiter paparaissait incommensurable, Charlaine Lafleur, Anne-Marie Day et Yvon Forest ont largement contribué au déblocage de l'analyse transversale des perceptions, posant ainsi des bases importantes pour les chapitres deux, trois et quatre. Madame Monique Meilleur, à l'Université Laval, a largement facilité aux deux chercheurs principaux le cheminement à travers les normes conflictuelles de deux bureaucraties universitaires différentes, les dégageant de soucis quotidiens et acheminant dans toutes les directions formulaires, ordres de paiement ou de mission requis.

A l'égard de toutes ces personnes, les auteurs expriment leur chaleureuse reconnaissance.

LISTE DES SIGLES UTILISÉS

A.S.P.Q.	Association de Santé publique du Québec
C.A.	Conseil d'administration
C.A.H.	Centre d'Accueil - Hébergement
C.A.R.	Commission administrative régionale
C.H.	Centre hospitalier
C.H.S.C.D.	Centre hospitalier de soins de courte durée
C.H.S.L.D.	Centre hospitalier de soins de longue durée
C.L.S.C.	Centre local de services communautaires
C.R.S.S.S.	Conseil régional de la santé et des services sociaux
C.S.	Centre de santé
C.S.S.	Centre de services sociaux
D.G.	Directeur général
D.S.C.	Département de santé communautaire
M.A.S.	Ministère des Affaires sociales (ancien nom du M.S.S.S.)
M.E.Q.	Ministère de l'Education du Québec
M.S.S.S.	Ministère de la Santé et des Services sociaux
O.P.H.Q.	Office des personnes handicapées

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....1

PREMIÈRE PARTIE - LA PERCEPTION DE LA RÉALITÉ.....15

CHAPITRE I - DÉCENTRALISATION PROJETÉE ET DÉCENTRALISATION RÉELLE..17

CHAPITRE II - LES CRSSS VUS PAR EUX-MÊMES.....29

2.1 Les relations MSSS-CRSSS.....32
2.2 Les relations CRSSS-établissements.....35
2.3 Les relations CRSSS-population.....37
2.4 Les conseils d'administration des CRSSS.....38
2.5 Les compressions budgétaires.....38
2.6 La perception des CRSSS du dossier le plus important.....40
2.7 La perception des CRSSS de leur réalisation la plus importante.....42
2.8 La suppression éventuelle des CRSSS.....43
2.9 Le CRSSS idéal.....44
2.10 Des CRSSS en quête d'identité.....44

CHAPITRE III - LA PERCEPTION DE CHAQUE TYPE D'ÉTABLISSEMENTS.....47

3.1 La perception des centres hospitaliers et des DSC.....47
3.2 La perception des CLSC.....56
3.3 La perception des CSS.....63
3.4 La perception des centres d'accueil.....69

CHAPITRE IV - PERCEPTION D'ENSEMBLE À TRAVERS LES ÉTABLISSEMENTS...77

4.1 Les relations MSSS-CRSSS.....85
4.2 Les relations CRSSS-établissements.....86
4.3 Les relations CRSSS-population.....88
4.4 Les conseils d'administration des CRSSS.....89
4.5 Les compressions budgétaires.....89
4.6 Perception des établissements du dossier le plus important initié par un établissement.....91
4.7 La perception des établissements d'un dossier initié hors-réseau.....92
4.8 La perception des établissements de la réalisation la plus importante du CRSSS.....93
4.9 La suppression éventuelle du CRSSS.....94
4.10 Le CRSSS idéal.....95
4.11 Perspectives d'ensemble.....97

CHAPITRE V - LA VISION DES "AUTRES".....101

5.1 Leaders régionaux et hors-réseaux.....103
5.2 La vision des organismes centraux de représentation.....119
5.3 L'échelon ministériel.....146

DEUXIÈME PARTIE - LA RÉALITÉ DE LA PERCEPTION.....155

CHAPITRE VI - LES CRSSS EN ONZE TABLEAUX.....159

6.1 Le CRSSS J.....163
6.2 Le CRSSS K.....168

6.3 Le CRSSS F..... 170
6.4 Le CRSSS I.....173
6.5 Le CRSSS D.....176
6.6 Le CRSSS C.....180
6.7 Le CRSSS E.....182
6.8 Le CRSSS H.....184
6.9 Le CRSSS A.....186
6.10 Le CRSSS G.....190
6.11 Le CRSSS B.....194
6.12 En guise de conclusion.....198

CHAPITRE VII - TYPES DE CRSSS ET VISAGE DE LA DÉCENTRALISATION DANS LE RÉSEAU SOCIO-SANITAIRE.....199

7.1 Pondération des indicateurs et performance des CRSSS.....200
7.2 Typologie des CRSSS.....211

CONCLUSION.....219

ANNEXES.....239

LISTE DES TABLEAUX ET HISTOGRAMME

Tableau 1: Mandats dévolus aux CRSSS tels qu'énoncés dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux.....20

Tableau 2: Synthèse par catégorie d'établissements.....78

Tableau 3: Définition des dimensions.....164

Tableau 4: Les cinq dimensions illustrées.....165

Tableau 5: Pointage des CRSSS pour chacune des dimensions étudiées.....205

Tableau 6: Les types de CRSSS.....209

Histogramme 1: Types de CRSSS selon leur poids (%) sur chaque dimension.....210

INTRODUCTION

La décentralisation est un terme très équivoque, un de ces termes politiques que la philosophie ne parvient pas à définir et que les sciences sociales - tout comme la pratique qui en émane - ne parviennent pas à "opérationaliser". Pour les uns, le concept de décentralisation sera étroitement associé aux notions d'autonomie, de démocratie de la base, voire même d'autogestion. Pour d'autres, il fait au contraire partie du style de l'administration moderne et il invoque une rationalisation ou un réaménagement des structures de l'Etat dans le sens d'une plus grande efficacité: il s'agit, essentiellement, de rapprocher de la clientèle-cible l'aire de définition stratégique des services.

Au Québec, ce dilemme parait d'autant plus grand que le terme de décentralisation est apparu avec la Révolution tranquille, c'est-à-dire alors que s'engageait le processus de construction d'un Etat moderne. Il charrie donc dans son sillage aussi bien des notions d'autonomie que des dimensions technocratiques et saint-simoniennes. En filigrane du discours sur la "représentation" des régions, ce concept "représente" aussi, depuis plus de vingt-cinq ans, la victoire souhaitée de la rationalité administrative sur le grenouillage politique et, dans l'allocation des ressources, la fin des parties de bras-de-fer au profit de la concertation régionale.

La décentralisation se voit ainsi accoler la notion de <u>représentation:</u> représentation de la périphérie auprès du centre décisionnel, ou bien représentation du centre décisionnel vis-à-vis les intérêts régionaux. Accolade d'autant plus équivoque que le terme de représentation manque lui aussi singulièrement de précision: le show-business de l'artiste et celui du politicien, le mandat de l'élu et celui du procureur, l'intervention du vendeur commercial et celle du lobbyiste, la défense des

intérêts des électeurs et celle de l'intérêt supérieur de la Nation, tous actes qui émanent du concept de représentation. Quel est donc le rapport réel, entre personnes et institutions, que voudrait définir la représentation? Rapport de mandataire à mandatéi, rapport de ressemblance, rapport d'équivalence, rapport de tenant lieu, ou simple mise en scène?[1]

Cette double équivoque de la décentralisation et de la représentation marque tous les efforts de construction de l'Etat et de la société québécoise depuis la Révolution tranquille. Cependant, elle n'apparaît nulle part aussi vive et aussi déterminante que dans le domaine de la santé et des services sociaux. Il faut admettre que ce terrain s'y prêtait d'ailleurs fort bien, puisqu'il constitue un domaine à la fois très proche de la population et de chaque individu, en même temps que très lointain puisque l'objet de chasses gardées - dans ses composantes majeures - du savoir technocratique et du pouvoir social, grâce notamment à des traditions professionnelles bien ancrées.

La Loi sur la Santé et les Services sociaux attribue à des organismes régionaux - les CRSSS - des mandats qui s'inscrivent directement dans la double équivoque de la décentralisation et de la représentation: les Conseils régionaux de la Santé et des Services sociaux y reçoivent, dans les premiers alinéas de l'article 18, un mandat de <u>représentation de la population</u> et, dans les alinéas suivants, des mandats plus spécifiques allant dans le sens d'une <u>représentation de l'administratif</u> plutôt que du politique.

---

1 On trouvera un traitement approfondi du concept de représentation et de sa problématique dans F. D'ARCY et al., <u>La Représentation</u>, Collection Politique Comparée, Université de Grenoble, Editions Economica, Paris 1985.

Il paraît intéressant, dès lors, de déterminer comment les CRSSS se sont débrouillés avec cette équivoque, comment ils se perçoivent eux-mêmes à cet égard et comment ils sont perçus par leurs partenaires du domaine de la santé et des services sociaux. La première partie de cette question a fait l'objet de deux études du ministère de la Santé et des Services sociaux, portant l'une sur les pouvoirs et mandats dévolus aux CRSSS par la loi et la réglementation en vigueur et l'autre sur les activités des CRSSS[1]. La perception, par contre, n'avait pas encore fait l'objet d'étude systématique.

Or, le vécu subjectif des acteurs, enfermé dans leur perception de leur propre univers, présente un élément déterminant pour comprendre d'où part et où va la décentralisation dans la gestion de la santé et des services sociaux au Québec.

D'une part, la sociologie interprétative a amplement démontré le caractère insuffisant des études strictement factuelles pour comprendre les organisations: la description des normes et structures, même doublée d'une documentation fidèle des produits et services, ne présente que l'aspect formel des organisations. Des auteurs comme Silverman et Bittner ont été jusqu'à remettre en question l'existence des organisa-

---

1

Evaluation du processus de décentralisation administrative vers le niveau régional en Affaires sociales, Ministère des Affaires sociales, novembre 1983, 114p.

Que font donc les CRSSS? Répertoire de l'activité de Conseils de la Santé et des Services sociaux, Ministère de la Santé et des Services sociaux, décembre 1985, 238p.

Que font donc les CRSSS? Analyse de l'activité de Conseils de la Santé et des Services sociaux, Ministère de la Santé et des Services sociaux, février 1986, 80p.

tions et à envisager la "réalité" organisationnelle comme un simple construit social, une création mentale, sociale et culturelle des acteurs[1].

Il n'est sans doute pas nécessaire d'endosser une vision aussi subjectiviste pour comprendre à quel point l'analyse des perceptions est importante pour une étude complète des "faits" autour des CRSSS. On oppose trop souvent les faits et les perceptions. Or, le vécu subjectif des acteurs constitue un "fait" organisationnel aussi déterminant que les normes écrites et les services produits. L'équivoque dans laquelle baignent les concepts de décentralisation et de représentation ne doit-elle pas être envisagée comme inscrivant dans la loi elle-même des zones d'initiatives et de liberté? Ces brèches vont permettre aux acteurs et partenaires concernés diverses manoeuvres tactiques ou stratégiques et conférer ainsi aux concepts imprécis de décentralisation et de représentation un sens, une portée concrète. La réalisation plus ou moins parfaite des idéaux inscrits dans la loi apparaît ainsi comme le résultat d'une pratique organisationnelle émanant elle-même largement des perceptions subjectives des acteurs individuels et collectifs et reflétant leurs convictions profondes quant à la mission et au rôle de l'organisation.

L'analyse des perceptions apparaît donc comme un complément nécessaire aux études de structure et d'activités pour mieux saisir l'ensemble de la dynamique organisationnelle.

---

1 BITTNER, E., "The concept of Organization", in R. Turner, Ethnomethodology, Harmondswoth, Penguin, 1974.

SILVERMAN, D., The Theory of Organizations, London, Heinemann, 1970.

C'est dans cette veine que se situe la présente recherche, qui peut être considérée comme un volet complémentaire aux deux études sur la loi et les activités des CRSSS réalisées par le ministère de la Santé et des Services Sociaux. Alors que ces premières démarches consistaient à déterminer les pouvoirs légaux et règlementaires des CRSSS d'une part, et ce qu'ils en font (leurs activités) d'autre part, le présent volet analyse la perception du CRSSS que se font les acteurs concernés, à la fois au sein du CRSSS lui-même et des différents établissements. Il complète cette perception par celle de quelques représentants de la population au sein des régions et par celle des organismes centraux (Ministère, associations d'établissements et de professionnels).

UNE QUESTION CENTRALE

L'objet principal de cette démarche consiste donc à dégager le ou les profils de Conseil régional qui émanent des perceptions des principaux acteurs concernés: quels sont les rôles, les pouvoirs, les fonctions et les résultats du CRSSS?

Cette question est abordée sous divers angles, allant de l'utilisation de certains dossiers encore chauds, comme les compressions budgétaires, à la discussion des relations entre le CRSSS et sa région. Les acteurs découpent ainsi leur réalité du CRSSS selon différents aspects et dossiers: évolution du CRSSS, réalisation la plus importante, rôle, pouvoir et influence, alliances et stratégies, mandats et prise de décision, dossier régional important et intervention du CRSSS, portrait du CRSSS idéal (voir annexe 1, grille d'entretien).

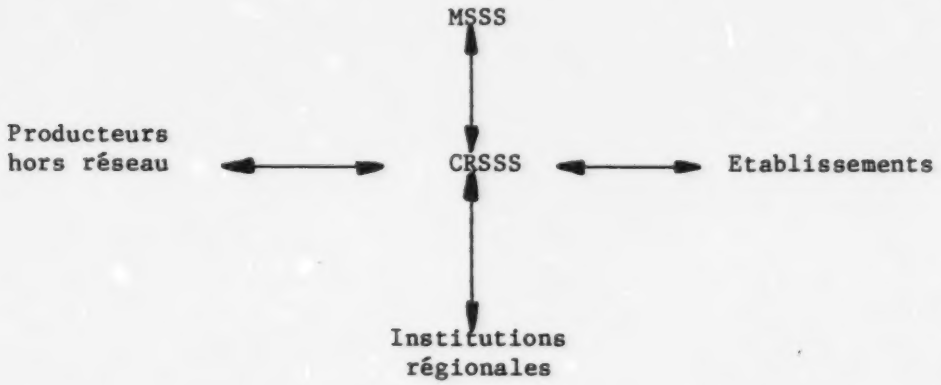
UNE APPROCHE COMPLEXE

Au sein de chaque région, la réalité qui est découpée ici émane donc de la perception d'une vingtaine de personnes qui présentent les caractéristiques suivantes:

- représentants de la population au conseil d'administration du CRSSS;
- représentants de la population au conseil d'administration des établissements;
- cadres supérieurs du CRSSS;
- cadres supérieurs des établissements;
- leaders régionaux non directement reliés au réseau des affaires sociales.

Que vaut cette perception? Nous avons déjà répondu à l'objection que la perception n'était pas "la réalité". Mais il importe aussi de considérer plus spécifiquement le cas particulier des CRSSS: leur produit, c'est essentiellement leur contribution à l'amélioration de la capacité des établissements de dispenser des services de qualité. Comme tels, les CRSSS n'offrent pratiquement pas de services directs à la population, à l'exception peut-être de la réception des plaintes et des cas d'Urgence-Santé et d'Info-Santé à Montréal et à Québec, lesquels mériteraient une étude spécifique. La raison d'être des CRSSS, et leurs "usagers", ce sont donc d'abord et largement les établissements de santé et de services sociaux et, plus largement, le "réseau des Affaires sociales".

Les thèmes d'entretien ont donc été définis à partir du schéma suivant qui positionne les CRSSS au centre de multiples "demandeurs".



Ce schéma délimite l'espace des CRSSS, qui se présente comme un espace politico-administratif sans relation directe développée avec les bénéficiaires des services dispensés par le réseau socio-sanitaire.

Cette caractéristique rendait aléatoire une démarche plus large et qui viserait à dégager la perception générale qu'a la population de telle ou telle région de "son" CRSSS. Dans les conditions d'exercice de leur fonction par les CRSSS, de tels sondages d'opinion risquaient de donner des résultats saccadés, variant énormément à l'intérieur d'une même région, puisque les contacts réels, directs et suivis entre le CRSSS et la population sont inexistants dans l'institution même du CRSSS.

Cette enquête présente donc la perception de ceux qui connaissent le mieux les CRSSS, c'est-à-dire les acteurs, gestionnaires et politiques du réseau, complétée par celle de "leaders régionaux" non reliés au réseau formel et qui pourraient, dans une hypothèse de décentralisation plus "politique", par opposé à l'actuelle décentralisation admi-

nistrative, avoir recours à la tribune du CRSSS pour faire valoir certaines revendications régionales.

C'est donc l'image des "usagers" réels du CRSSS qui est présentée, complétée par une tentative systématique de rejoindre ses usagers potentiels.

Ce choix présente un avantage certain, celui de donner la parole à ceux qui connaissent et même qui "font" le CRSSS. Il implique cependant une démarche méthodologique plus lourde et plus complexe, adaptée aux caractéristiques de ces personnes.

A l'égard des CRSSS, ces témoins de qualité représentent indubitablement des acteurs stratégiques[1]. Or, comme l'ont montré des sociologues comme Crozier, Friedberg ou Sainsaulieu, on n'enferme pas l'acteur stratégique dans un questionnaire[2]. Si les techniques du sondage et du questionnaire fermé permettent de dégager une image passablement fidèle de l'opinion d'une population à un moment donné,

---

1 Glueck distingue quatre types d'acteurs stratégiques, qui sont les membres de la haute direction, les membres du Conseil d'administration, les principaux conseillers de l'entreprise et les membres de l'état major de soutien (corporate planning staff). On voit que cette description correspond assez exactement à notre sélection. (Glueck, W.F., Strategic Management and Business Policy, Mc Graw-Hill, New-York, 1980).

2 CROZIER, M., FRIEDBERG, E., L'acteur et le système, Seuil, Paris, 1977.

EXIGA, A., PIOTET, F., SAINSAULIEU, R., Guide pratique pour l'analyse des conditions de travail, Editions de l'A.N.A.C.T., Paris, 1983.

elles sont tout à fait inadéquates pour mettre à jour la dynamique mentale et la logique d'action des stratèges. Dans un tel cas s'offrent au chercheur un ensemble d'approches différentes, de nature plus qualitatives, allant de l'observation participante prolongée à des entretiens semi-structurés.

Cette dernière technique présente aujourd'hui non seulement des économies de temps et de ressources, mais des variétés d'application qui assurent un bon contrôle de la validité des résultats, comme dans le cas de l'analyse culturelle de Sainsaulieu. Pour notre propos, cette technique offrait aussi un compromis entre la spontanéité des acteurs et l'assurance de couvrir certains thèmes-clefs avec l'uniformité souhaitable.

La complexité même du réseau de la Santé et des Services sociaux imposait aussi d'accoler à cette stratégie générale d'enquête certaines techniques d'échantillonnage plus traditionnelles, de façon à assurer la prise en compte proportionnelle de tous les types d'intervenants et d'établissements. Les répondants à l'intérieur du réseau socio-sanitaire ont donc été sélectionnés en tenant compte de la structure de ce réseau.

SÉLECTION DES RÉPONDANTS

Les perceptions recensées dans cette recherche proviennent à l'intérieur du réseau socio-sanitaire, de deux types différents de personne: ce sont les perceptions de certains gestionnaires du réseau, d'organismes qui y sont associés et du Ministère, et celles de certains représentants, membres de conseils d'administration. Ces répondants peuvent être regroupés selon trois unités territoriales différentes: provincial, régional et local.

Au niveau local

Un directeur général et un membre de conseil d'administration ont été retenus dans chaque région socio-sanitaire, pour chacun des regroupements d'établissements suivant: centres hospitaliers (courte durée et soins prolongés), centre d'accueil (hébergement et réadaptation), centre local de services communautaires. Au total donc six répondants par région pour ces établissements. Ces répondants doivent de plus posséder les caractéristiques suivantes:

- A l'intérieur de chacune des catégories d'établissements, l'un des répondants provient d'un établissement situé dans la conurbation du CRSSS, l'autre d'un établissement situé de préférence dans une ville éloignée du CRSSS.

- Des six répondants, deux ont été obligatoirement choisis parmi les présidents de commissions administratives régionales. L'une de ces commissions s'occupe davantage de la santé (curatif) l'autre des services sociaux.

Au niveau régional

Dans le cas du niveau régional (et sous-régional dans le cas de certains DSC et CSS) les répondants, pour chacune des régions, sont les suivants:

AU CRSSS:

. le directeur général
. le directeur planification/programmation
. le président

- un membre du c.a. représentant les groupes socio-économiques
- le membre du c.a. représentant les organismes bénévoles.

En plus de ces répondants, un chef de DSC de la région, le directeur général du CSS ou son président et le membre du c.a. du CSS représentant les bénévoles, soit un total de huit personnes pour ce niveau.

Enfin, un effort systématique a été fait pour identifier et rencontrer des leaders régionaux. Par leader régional l'on entend une personne qui, de par ses interventions sociales ou politiques, est connue et reconnue dans sa région. Il peut s'agir d'un chef d'entreprise impliqué dans la vie sociale de sa région, d'un porte-parole d'un groupe de pression relié à la problématique des services socio-sanitaires, etc...

Au niveau provincial

Ce niveau regroupe des répondants du ministère de la Santé et des Services sociaux et des intervenants reliés à des groupes ou organismes associés au domaine socio-sanitaire. Les répondants du Ministère comprenaient le sous-ministre et certains sous-ministres adjoints. Le président et la directrice générale de la conférence des CRSSS ont aussi été rencontrés, de même que les représentants des organismes suivants: la Fédération des CLSC du Québec, l'Association des Centres d'Accueil du Québec, l'Association des CSS du Québec, l'Association des hôpitaux du Québec, la Corporation professionnelle des médecins du Québec, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, la Fédération des médecins spécialistes du Québec.

A ce niveau, les entretiens n'ont pu se dérouler avec l'uniformité relative des autres échelons; selon la disponibilité des personnes, la mission du groupe qu'elles représentaient, leur intérêt pour la problé-

matique des CRSSS ou les changements d'affectation ou nominations au cours de la recherche (au Ministère, par exemple), les entretiens qui ont pu avoir lieu ont fortement varié dans leur durée, leur nature et leur contenu. Il a néanmoins été possible de dégager une vision d'ensemble des organismes centraux, dont rend compte un chapitre spécifique du présent ouvrage.

Déroulement de l'enquête

La complexité du réseau et la nature de la question de recherche elle-même ont ainsi entraîné la mise au point d'outils, méthodes et cédules de déroulement qui ont rapidement conféré à cette démarche une ampleur qui n'avait pas été prévue au départ. Débutée à la fin de 1984, la cueillette des données s'est étendue jusqu'à la fin de l'été 1985. Selon les diverses régions, les analyses préliminaires se sont étendues du printemps 1985 au début de 1986. L'analyse finale et la synthèse ont été complétées au cours de la première moitié de 1986 et la rédaction a été achevée au cours de la même année. La démarche d'ensemble se sera donc déroulée sur une période de près de deux ans.

Chacune des régions et chacun des Conseils régionaux ont d'abord fait l'objet d'une enquête systématique, selon les modalités décrites ci-devant. Outre la grille d'entretien, les chercheurs devaient amasser les données factuelles, d'ordre économique, administratif ou historique, sur chacun des CRSSS.

Les données ainsi recueillies ont été colligées et analysées sous la forme d'un rapport régional, comportant trois parties. Dans une première étape, il s'agissait de réunir les informations de fonds sur le CRSSS et sa région: données socio-sanitaires, historique du CRSSS, structure, personnel et ventilation budgétaire, output et caractéristiques des personnes interviewées. La deuxième partie du rapport portait

sur les perceptions elles-mêmes pour chacun des thèmes d'entretien et chacune des catégories d'établissements et de répondants. La dernière partie présentait une analyse transversale, axée sur les notions de pouvoir, de rôles, de conflits, de rapports avec la population et d'utilité du CRSSS[1].

Les données et analyses de ces rapports ont ensuite fait l'objet de diverses découpes transversales, horizontales et verticales pour dégager des perceptions d'ensemble et en arriver finalement à une démarche de synthèse, qui situe les perceptions par rapport aux données structurelles. Cette démarche devait permettre de dresser un portrait de chacun des CRSSS et de dégager une typologie significative par rapport à la problématique de la décentralisation. Pour cette étape finale, l'objectif était donc de dégager des modèles de fonctionnement des CRSSS, des types de CRSSS, d'identifier quelques types, par exemple du plus déconcentré au plus décentralisé, du plus coordonnateur au plus animateur, du plus identifié à la région au plus identifié au Ministère, etc... Les profils ainsi dégagés ont permis de situer l'évolution des CRSSS par rapport aux contraintes de certaines stratégies de décentralisation.

Structure du rapport

Le présent ouvrage se divise en deux parties. La première consiste en une étude documentaire des perceptions pour l'ensemble des conseils

---

1 Voir annexe 2 pour une esquisse du plan de ces rapports régionaux. Pour quelques régions, des inconvénients d'ordre pratique ont empêché la confection de tels rapports. L'analyse ultérieure a alors été menée directement à partir des entretiens et de la documentation recueillie.

régionaux. Elle a pour objectif de voir quels sont les éléments de la réalité des CRSSS que révèle l'analyse de leur structure et produit. Cette première partie débute par un rappel de la situation des CRSSS. Sur la base des travaux déjà réalisés au Ministère, nous présentons une vue d'ensemble des CRSSS, des pouvoirs et mandats qui leur sont dévolus par la loi et de la réglementation, ainsi que de leurs activités réelles. Un second chapitre présente la perception qu'ont les CRSSS d'eux-mêmes pour chacune des problématiques suivantes: relations avec le Ministère, relations avec les établissements, relations avec la population, structure et fonctionnement des conseils d'administration des CRSSS, compressions budgétaires, intervention dans un dossier régional important et image du CRSSS idéal. Les mêmes domaines sont ensuite exploités pour présenter, au chapitre trois, la vision du CRSSS qui se dégage des perceptions de chacun des quatre types d'établissement du réseau; centres hospitaliers, centres locaux de services communautaires, centres des services sociaux et centres d'accueil. Le chapitre quatre présente l'image d'ensemble de la perception des établissements. Le chapitre cinq fait voir la vision des "autres": organismes centraux et leaders régionaux hors-réseau.

Dans la seconde partie, l'on tente de rétablir chacun des conseils régionaux dans sa réalité perçue. Le chapitre six dégage de l'ensemble des éléments de la première partie un portrait de chacun des CRSSS et débouche, au chapitre sept, sur une typologie. En conclusion, nous énonçons quelques réflexions que suscite l'expérience des CRSSS dans le cadre de la problématique générale de la décentralisation.

PREMIÈRE PARTIE

LA PERCEPTION DE LA RÉALITÉ

I

DÉCENTRALISATION PROJETÉE ET DÉCENTRALISATION RÉELLE

La création des conseils régionaux de la santé et des services sociaux fait suite aux travaux de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social mise sur pied en 1966 par le Gouvernement du Québec. Cette Commission posa comme objectifs fondamentaux à l'élaboration d'une politique socio-sanitaire l'amélioration de l'état de santé de la population et celle du milieu. Pour atteindre ces objectifs, il est apparu aux commissaires qu'il était essentiel que les pouvoirs de décision de divers niveaux du régime correspondent à leur tâche et qu'on situe l'orientation et la planification à moyen et long terme de l'activité du régime à un niveau qui commande suffisamment de ressources pour être souple et qui soit à la fois assez près des problèmes pour les reconnaître rapidement et agir en conséquence[1].

La Commission a noté la grande diversité des besoins et des ressources socio-sanitaires selon les différentes régions ou zones du territoire québécois, diversité entraînant des exigences différentes des popula-

---

1 Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, volume IV, La santé, Tome II Le régime de la santé, Gouvernement du Québec, 1970, p.53.

tions. C'est pourquoi elle opte pour une régionalisation et une décentralisation du régime. La volonté est véritablement de créer un palier régional "puissant" nanti des moyens nécessaires à l'exercice du commandement sur les organimes de santé et de services sociaux de son territoire. Ce palier régional se constitue d'offices régionaux de la santé et des services sociaux (ORS, ORSSS). La Commission recommande également que l'on retrouve à ce palier des conseils régionaux de la santé et des services sociaux (CRS, CRSSS), organismes aviseurs visant quatre objectifs principaux:

"1) Restituer la souveraineté des citoyens sur les champs d'action;

2) Fournir un canal d'expression à ceux qui sont "sans voix";

3) Pallier les inconvénients inhérents à l'organisation bureaucratique;

4) Constituer la "conscience" extérieure de l'organisation[1].

Il faut également souligner la place relativement importante faite aux représentants de la population au sein des conseils d'administration de ces quatres organismes régionaux.

La Loi sur les services de santé et les services sociaux adoptée en décembre 1971 rejoint très peu à ce chapitre les recommandations émises par la Commission Castonguay-Nepveu. Au lieu des quatres organismes proposées, la Loi crée pour chaque région un conseil régional de la

---

1 Commission d'enquête, opus cit, pp 69-70.

santé et des services sociaux (CRSSS), plus ouvert sur le milieu mais sans pouvoirs administratifs véritables (tableau 1). En 1977, le Ministère confie aux CRSSS le mandat de mettre sur pied des commissions administratives régionales de façon à établir un lien organique entre les établissements eux-mêmes et entre ces derniers, les CRSSS et le Ministère. La commission administrative doit représenter l'intérêt des établissements de façon à ce que le niveau régional ne constitue pas un intermédiaire supplémentaire qui allongerait ou déplacerait indûment le processus décisionnel sans améliorer l'autonomie de gestion des établissements[1]. Leur pouvoir en est un de recommandation auprès du conseil d'administration du CRSSS. La population quant à elle est très peu représentée au sein du conseil d'administration de ce nouvel organisme: deux membres sur 22 sont choisis parmi les groupes socio-économiques et quatre sont élus par les maires soit au total six membres (27%), les autres étant très majoritairement des représentants des établissements socio-sanitaires et du monde de l'Éducation. La Loi 27 de 1981 est venue modifier la composition des conseils d'administration des CRSSS. Les membres sont maintenant au nombre de 15 nommés pour trois ans (au lieu de deux) de la façon suivante:

- 1 par les directeurs généraux des établissements de cette région et choisi parmi ceux-ci;
- 2 par les maires des municipalités (élus);
- 3 par le ministre après consultation des groupes socio-économiques;
- 1 par les CH;
- 1 par les Conseils de médecins et dentistes (...) et choisi parmi leurs membres;

---

1 MAS, Décentralisation des activités du MAS, mars 1977, pp 3-4.

TABLEAU 1 MANDATS DÉVOLUS AUX CONSEILS RÉGIONAUX DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (CRSSS) TEL QU'ÉNONCÉS DANS LA LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX, LOI 65, (1971).

ART. (résumé)	
$16a_1$	De susciter la participation de la population à la définition de ses propres besoins (...);
$16a_2$	De susciter la participation de la population à l'administration et au fonctionnement des établissements qui dispensent ces services;
16b	D'assurer des communications soutenues entre le public, le ministre et les établissements;
$16c_1$	De recevoir et d'entendre les plaintes (...);
$16c_2$	De faire les recommandations à l'établissement et au ministre;
16d	De conseiller et assister les établissements dans l'élaboration de leurs programmes de développement et de fonctionnement (...);
16e	De promouvoir la mise en place de services communs, l'échange de services entre les établissements, l'élimination des dédoublements de services et une meilleure répartition des services dans la région;
16f	D'adresser au ministre, au moins une fois par année, ses recommandations au sujet de la répartition des ressources (...) et de l'utilisation des ressources disponibles;
17	De réglementer et de surveiller l'élection des membres des c.a. des établissements, lorsque la présente loi pourvoit à une telle élection;
38	Faire rapport au ministre de son activité au plus tard le 31 décembre (...);
55	Le CRSSS, ou à son défaut le ministre, procède à la nomination, si l'élection ou la nomination d'un membre d'un c.a. n'a pas lieu;
87	Le CRSSS est le dépositaire des contrats de services professionnels qui ne sont valides que par leur dépôt au CRSSS;
89	Tout établissement public doit tenir au moins 1 fois par année une séance d'information. Mode de convocation et procédure déterminés par le CRSSS.

- 1 par les CLSC;
- 1 par les CSS;
- 1 par les CA;
- 1 par les universités;
- 1 par les CEGEP;
- 1 par les organismes bénévoles de la région oeuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux;
- Le directeur général du CRSSS siège d'office au conseil.

Outre la création des CRSSS, en 1971, le législateur continue la mise en place d'un véritable réseau public dans le domaine socio-sanitaire. Il crée les centres locaux de services communautaires (CLSC), les départements de santé communautaire (DSC) et les centres de services sociaux (CSS). Les CLSC sont des établissements qui devaient constituer la porte d'entrée du réseau socio-sanitaire en prodiguant des soins médicaux dits de première ligne et certains services sociaux. Ils étaient également responsables de l'action communautaire sur leur territoire. D'une trentaine qu'ils étaient en 1975, ils sont passés à 150 en 1986. Les seconds, départements d'un des 32 centres hospitaliers retenus à cette fin, avaient alors entre autres pour fonctions: d'élaborer, de mettre en oeuvre et de développer des programmes de santé physique et mentale et des services préventifs avec les CLSC de leur territoire; d'effectuer des études sur les besoins de la population dans les domaines de la santé physique et de la santé mentale; de procéder à des enquêtes sur les épidémies et leur contrôle. Quant aux 14 centres de services sociaux, leur incorporation remonte à 1973. Ils ont été créés à l'époque à partir du réseau d'agences privées de service social.

Depuis leur création en 1972, les CRSSS se sont vu octroyer des mandats de plus en plus nombreux, particulièrement à partir de 1977. Cependant, si l'on exclut les régions de l'Estrie, du Saguenay Lac St-Jean

et de Montréal métropolitain, l'importance relative de ces mandats demeure toutefois modeste [1].

De plus on pourrait qualifier la période 1977-1981 de "l'Age d'Or" de la décentralisation administrative, puisqu'avec l'avènement de la Loi 27 (décembre 1981) et depuis lors, un certain piétinement sinon un recul est constaté en terme d'importance relative des mandats confiés aux CRSSS.

En terme de "pouvoir", les conseils régionaux sont passés du statut d'organismes de pression à celui d'organisme de gestion et, dans une moindre mesure, de commandement. Il apparaît cependant que depuis la fin de l'année 1981, le niveau central hésite à confier aux conseils régionaux de nouveaux pouvoirs de commandement.

Au plan conceptuel, la décentralisation se distingue de la simple déconcentration par une véritable délégation de responsabilité[2]. Il serait permis sous cet angle de mettre en doute la pertinence du vocable "décentralisation" employé jusqu'à ce jour pour désigner une délégation de pouvoirs sans délégation de responsabilités à l'endroit des conseils régionaux.

En effet, la responsabilité au sens de capacité de prendre une décision sans en référer à une autorité supérieure, n'est pas clairement

---

1 Voir à ce sujet Evaluation du processus (...), opus cit.

2 Dufault, Paul, La décentralisation, Administration hospitalière et sociale, mars-avril 1979, p. 26 et Gournay, Bernard, L'administration, 1967, p. 12.

confiée aux conseils régionaux. La décision de décentraliser ne semble pas avoir eu pour effet de définir des aires de responsabilité qui soient clairement déléguées aux conseils. Du moins est-ce la situation qui prévaut sur papier.

Il apparaît qu'en l'absence de toute délégation officielle, le Ministre de la Santé et des Services sociaux conserve l'entière responsabilité du réseau des Affaires sociales dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux. La Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux (L.R.Q., c. M-23) va dans le même sens. Quant à la Loi sur l'administration financière (L.R.Q., c. A-6), il faut en relever deux articles qui indiquent bien la marge de manoeuvre étroite consentie au Ministre de la Santé et des Services sociaux:

> "Art. 45 Aucun engagement ne peut être imputé sur un crédit sauf à la demande du chef ou sous-chef d'un ministère ou organisme ou de tout fonctionnaire indiqué par le Conseil du trésor. Cette demande doit être faite suivant la forme prescrite par le Conseil du trésor et être accompagnée des documents qu'il détermine.
>
> Art. 51 Aucun paiement sur le fonds consolidé du revenu ne peut être fait sauf à la demande du chef ou du sous-chef d'un ministère ou organisme ou de tout fonctionnaire indiqué par le Conseil du trésor. Cette demande doit être faite suivant la forme prescrite par le Conseil du trésor et être accompagnée des documents qu'il détermine."

La présence de ces deux articles de loi permet de mettre en doute le succès éventuel de toute opération consistant à confier aux CRSSS des mandats caractérisés par des pouvoirs de commandement impliquant les ressources monétaires ou budgétaires. Faut-il rappeler les difficultés actuelles reliées à l'expérience de décentralisation pourtant annoncée depuis cinq ans pour les régions du Saguenay Lac St-Jean et de l'Estrie (responsabilité de la présentation au Ministre des demandes budgétaires

des établissements et de la répartition des dollars que le M.S.S.S. leur alloue selon la structure des programmes en vigueur au M.S.S.S.). Il faut donc retenir qu'actuellement les CRSSS, dans les textes législatifs, ne se sont pas vu déléguer de responsabilités (ministérielles) depuis leur création.

Dans un autre ordre d'idée, le rapport de la Commission sur la santé et le bien-être social préconisait la présence au niveau régional d'organismes puissants nantis de pouvoirs étendus et se situant dans une structure pyramidale de commandement MAS - organismes régionaux - établissements. Le processus de décentralisation des quinze dernières années a plutôt donné lieu à la mise en place au niveau régional d'une structure mixte combinant des pouvoirs et des rôles spécifiques aux conseils régionaux avec une co-gestion partielle et limitée CRSSS-établissements via la présence des commissions administratives régionales.

En contrepoids à la volonté de décentraliser, il y a celle de confier plus de pouvoirs au Ministre des Affaires sociales, tout d'abord aux dépens du lieutenant-gouverneur en conseil. Par exemple, la loi 103 (1978) transfère au Ministre les pouvoirs concernant l'autorisation pour l'émission de lettres patentes supplémentaires, l'annulation et la délivrance de lettres patentes en cas de fusion ou de conversion des établissements, la nomination des représentants des groupes socio-économiques sur les conseils d'administration des établissements et des CRSSS. Le même phénomène apparaît, dans une réglementation imposante (art. 173 de la Loi 27 (1981)), aux dépens des conseils régionaux et des établissements. Jusqu'à quel point cette évolution vient-elle modifier la marge de manoeuvre dont disposent les conseils régionaux.?

D'autre part, il est intéressant de constater qu'il n'y a eu depuis 1971 aucun document officiel indiquant clairement la spécificité des

rôles, pouvoirs et responsabilités du MAS (maintenant MSSS) et des CRSSS. Tous les documents consultés, y compris les textes de loi, fournissent des informations ambigües. Les rôles et fonctions du Ministre recoupent souvent ceux et celles des conseils régionaux. On pourrait ainsi parler d'ensembles non-mutuellement exclusifs. Dans le cas qui nous préoccupe, la "surface" commune aux deux ensembles (MSSS et CRSSS) est très importante, d'où une confusion potentielle. De plus il n'y a pas de ligne directrice au processus de décentralisation. L'improvisation a joué un rôle prépondérant dans ce processus expérimental et évolutif. Cette situation est en quelque sorte le corollaire de la constatation précédente: il est difficile de planifier un processus dans lequel les rôles des acteurs se chevauchent régulièrement.

Ces quelques constatations permettent de mieux comprendre le comment du processus de décentralisation administrative vers les conseils régionaux et les établissements. Elles en font ressortir les principales limites: on s'explique mieux dès lors le pourquoi et le sens des attentes des CRSSS et des établissements.

Cette première analyse ne permet pas cependant de juger de la PROFONDEUR de ce processus. Au-delà du discours, au-delà du projet, il y a LA PRATIQUE. Il faut donc analyser la réalité quotidienne de la décentralisation, le vécu des différents intervenants tant au niveau central que régional et local.

Que font donc les CRSSS dans la réalité? Une première façon de répondre à cette question, complémentaire à l'étude de la perception du rôle des CRSSS des prochains chapitres, consiste à dresser l'inventaire de leurs activités. De quoi se compose leur quotidien? Quels sont les dossiers sur lesquels ils travaillent et l'importance relative qu'ils accordent à chacun? Les données amassées avec la collaboration des

conseils régionaux ne permettent pas de dresser un portrait de chacun des CRSSS compte tenu du peu d'information que certains ont fait parvenir. A défaut de ces portraits personnalisés, on peut décrire le CRSSS type qui,comme le citoyen moyen, n'existe pas mais représente un concept utile.

Le CRSSS type est un gestionnaire qui a 15 ans d'expérience. Son travail, à plus de 75%, se situe à un niveau peu déterminant en termes de décentralisation administrative. L'intérêt de ce gestionnaire porte cependant davantage sur le dernier quart de son travail, nettement plus déterminant: répartition des budgets, création, fusion ou abolition d'établissements, définition des objectifs, imposition des finalités vers lesquelles les autres moyens devront être mobilisés. C'est également un gestionnaire qui définit très peu son travail en termes d'activités de pression (recommander, suggérer, conseiller, etc) et beaucoup en termes d'activités de gestion et de commandement. Il juge généralement ces activités de commandement plus essentielles que les autres, particulièrement celles des niveaux les plus importants en termes de décentralisation.

Les principales préoccupations du CRSSS type pour la période 1983/84/85 étaient:

- l'admission des bénéficiaires
- l'évaluation des bénéficiaires
- la gestion financière
- les plaintes
- les plans d'organisation des CH
- la Réadaptation/Mésadaptation sociale
- la réallocation des ressources (DSC-CSS-CLSC)
- la santé mentale

De façon générale les activités qu'il juge souhaitables, par opposition à importantes ou essentielles, concernent son rôle d'animateur du milieu. Le CRSSS type préfère la gestion d'un réseau d'établissements à l'animation de la population régionale. Certains thèmes ressortent plus particulièrement:

- la condition féminine
- la formation/perfectionnement
- l'information générale à la population
- les relations avec les citoyens

L'analyse fait ressortir la très grande diversité de l'intervention des conseils régionaux. Les thèmes abordés de même que la diversité des dossiers s'y rattachant indiquent des préoccupations très étendues: de la Loi d'accès à l'information au transport ambulancier en passant par la gestion financière régionalisée, les conseils régionœux sont engagés dans une foule d'activités. Leur action n'est pas spécifique à un secteur (santé mentale, réadaptation, etc.) ou à un type d'intervention (planifier, coordonner, évaluer, etc.).

Le portrait global esquissé démontre la préoccupation des conseils régionaux, de façon générale, pour le rôle de gestionnaire d'un réseau régional d'établissements, rôle qui est en accord avec la nature des nombreux mandats que le Ministère leur a confiés depuis quinze ans.

En fait, il n'y a pas de fil conducteur entre les différentes activités recensées: la stratégie de décentralisation administrative n'est pas planifiée et semble encore en être au stade expérimental et évolutif comme le Ministère la décrivait lui-même en 1977[1].

---

1 MAS, Décentralisation des activités du MAS, opus cit.

II

LES CRSSS VUS PAR EUX-MÊMES

Ce chapitre présente la perception du CRSSS qui se dégage de nos entretiens avec les "membres" des CRSSS, soit d'une part les permanents, professionnels ou gestionnaires à l'emploi des CRSSS soit d'autre part les représentants de la population (groupes socio-économiques, bénéficiaires, etc...) siègeant au conseil d'administration. Cette présentation est structurée autour de thèmes majeurs, lesquels avaient, de fait, constitué les "champs" des entretiens dans chaque région:

- les relations entre le CRSSS et le Ministère, comprenant comme sous-thèmes l'échange d'information avec le Ministère d'une part et l'étendue du pouvoir et de la marge de manoeuvre du CRSSS d'autre part.

- les relations entre le CRSSS et les établissements de santé et des services sociaux de sa région, comprenant comme sous-thèmes les relations CRSSS-établissements en elles-mêmes, les commissions administratives régionales et l'échange d'information CRSSS - établissements.

- les relations CRSSS-Population.

- le conseil d'administration du CRSSS.

- les compressions budgétaires.

- le dossier régional le plus important par type d'origine, comprenant comme sous-thèmes un dossier initié par un établissement et un dossier initié hors-réseau.

- la réalisation la plus importante du CRSSS.

- la suppression éventuelle du CRSSS.

- le CRSSS idéal.

On comprendra aisément que les échanges sur l'ensemble de ces sujets aient donné lieu à une somme d'informations trop importante pour faire l'objet d'une présentation détaillée dans le cadre de cet ouvrage; d'autant plus d'ailleurs que la même démarche devra être entreprise au cours des deux prochains chapitres pour rendre compte des perceptions des établissements, des hors-réseaux et des organismes centraux. Nous ne présentons donc ici qu'un résumé-synthèse suffisant pour bien situer l'état de la perception sur chacun de ces thèmes.

Dans l'ensemble d'ailleurs, le gris apparaît, beaucoup plus que le blanc ou le noir, comme la couleur "nationale" des Conseils et du réseau des affaires sociales. Sur beaucoup de points, les répondants avaient tendance à nuancer leurs réponses, et à se répartir en deux camps de proportion presque égales. Ailleurs une majorité pouvait adopter un point de vue modéré, à côté d'une minorité virulente d'opinion contraire. Ce déplacement des courants d'opinion et de pensée

coïncidait souvent avec des clivages d'établissements ou d'acteurs, souvent occasionnés par des événements problématiques récents survenus dans le réseau ou dans la région. Encore là, blanc et noir paraissent épisodiques, et la zone grise domine largement.

Ce chapitre, tout comme les deux suivants doit donc être reçu avec une grande prudence. Des expressions comme "la plupart", "la majorité", "une minorité de répondants" paraissent certes inévitables. Cependant, elles ne doivent en aucun cas être interprétées d'une manière statistique. Dans le cadre de la démarche d'analyse qualitative que nous avons utilisée, une telle interprétation revêtrait des allures mystificatrices.

De plus, la structure même du réseau invite à tirer des conclusions prudentes et à se méfier des inférences à caractère statistique. Ne disposions-nous pas, pour chaque région, d'un maximum de vingt entretiens à répartir selon les postes et catégories d'établissements? On réalise immédiatement que les quatre types d'établissements, CH, CLSC, CSS et CA, additionnés au CRSSS lui-même, impliquent une dizaine d'entretiens répartis entre un seul permanent et un seul représentant. Il faut encore ajouter quelques hors-réseaux et des détenteurs de postes administratifs importants, tel que nous l'avons indiqué dans la note méthodologique de l'introduction.

Même si, en pratique, quelques personnes de chaque région relèvent à la fois de deux catégories de répondants et permettent ainsi une assiette de réponses plus large, on réalise sans peine que la représentativité de structure de réseau ainsi recherchée opère aux dépens d'une représentativité plus large: par exemple, le directeur général de tel CLSC choisi comme répondant est-il vraiment représentatif de l'ensemble des directeurs de CLSC pour toute sa région?

Voilà pourquoi nous nous en tenons généralement, pour ce chapitre et les deux prochains, à des expressions générales de "majorité"ou de "minorité", et n'utilisons les pourcentages que dans quelques cas exceptionnels de clivage et de clarté des opinions.

Le lecteur se souviendra donc que les compte-rendus de ce chapitre et des deux suivants comportent une large part d'interprétation et de découpage, avec des efforts pour présenter la réalité de façon plus nette. De tels efforts renforcent les tons et les contours, mais en sacrifiant les nuances et les chatoiements de l'image. On constate d'ailleurs que leur succès n'est que relatif, et que la "réalité perçue" des CRSSS comporte, justement, beaucoup de ces zones grises que nous évoquions plus haut.

Nous tentons aussi de distinguer systématiquement la perception des permanents de celle des représentants. Cependant, on notera qu'une telle distinction n'est pas toujours possible, parfois parce que ces deux catégories de personnes sont du même avis, et parfois à cause de certaines inégalités dans la cueillette des informations[1].

2.1 LES RELATIONS MSSS-CRSSS

2.1.1 L'échange d'information entre le MSSS et les CRSSS

Chez les personnes interrogées dans les CRSSS, permanents ou représentants, on est d'accord pour dire que l'information circule assez bien entre les CRSSS et le MSSS, bien qu'on trouve qu'il y a matière à amélioration. Ainsi, certains représentants estiment que le

---

1 Pour la lecture du chapitre actuel et les deux prochains, le lecteur pourra aussi se référer au tableau "2" (page 78 et suivantes) résumant en perspectives d'ensemble les opinions des répondants.

MSSS veut parfois cacher de l'information aux CRSSS. Chez les permanents, certains critiquent la pertinence, le temps de diffusion et la qualité de l'information communiquée par le MSSS. Le MSSS tarderait souvent à envoyer au moment et sous une forme appropriés les données permettant aux CRSSS de remplir leurs mandats. Certains critiquent aussi les long retards lors de la transmission de données informatisées. Enfin, le MSSS n'assortirait pas les nouveaux mandats d'une explication et d'une information suffisantes.

Par ailleurs, certains répondants déplorent la tendance des chargés d'établissements du MSSS à passer au-dessus du CRSSS pour s'adresser directement aux établissements, souvent pour des dossiers dont la responsabilité a clairement été confiée aux CRSSS. L'information de type publicitaire, dépliants et autres, se conforme très bien au circuit "normal" de transit, du MSSS vers les CRSSS, vers les établissements. Mais il n'en irait pas ainsi pour l'information sur les dossiers plus politiques. Par exemple, le MSSS ou les établissements tendent à se garder le privilège d'annoncer des projets importants tels l'agrandissement d'un hôpital. D'autres dossiers circulent aussi moins bien, tels le règlement de plaintes au sujet du personnel d'un établissement qui restera généralement au niveau du conseil d'administration concerné et de la direction des Communications du CRSSS.

D'autre part, d'après certains permanents, le réseau informel de relations entre eux-mêmes et certains fonctionnaires du MSSS joue un rôle de premier plan pour déterminer dans quelle mesure un CRSSS sera bien "branché" ou non. Chez les représentants, on insiste plutôt sur le rôle du directeur général du CRSSS pour la bonne circulation de l'information avec le MSSS.

2.1.2 Pouvoir et la marge de manoeuvre des CRSSS

La plupart des répondants estiment que le pouvoir des CRSSS par rapport au MSSS en est un principalement d'influence. En dernière instance, ce dernier peut toujours désavouer le premier et l'obliger à appliquer ses décisions. Néanmoins, on tend à admettre qu'il y a eu une certaine délégation du MSSS vers les CRSSS. Délégation de mandats de gérance plutôt que de pouvoirs réels, disent certains, mais délégation néanmoins. Cependant, représentants et permanents s'entendent généralement à dire que les ressources financières dévolues aux CRSSS sont insuffisantes pour assumer leurs mandats.

Toutefois, les permanents sont un peu plus enclins à reconnaître une certaine marge de manoeuvre aux CRSSS que ne le sont les représentants. Pour la plupart des premiers, les CRSSS ont une certaine latitude pour adapter les directives du MSSS au contexte régional, et éventuellement pour contester certaines décisions. Certains mentionnent en outre une plus grande marge de manoeuvre dans les dossiers où le CRSSS peut faire des recommandations au MSSS ou aux établissements, en rapport avec des mandats bien définis (immobilisations, élections) et avec des activités précises à planifier et à coordonner. Par contre, pour la plupart des représentants, ces pouvoirs de recommandation, cette latitude dans l'adaptation des directives et ce potentiel de contestation n'apparaissent pas avec la même force que dans le discours des permanents. Les représentants qui n'occupent pas la présidence du Conseil d'administration du CRSSS paraissent à cet égard plus pessimistes.

2.2 LES RELATIONS CRSSS-ÉTABLISSEMENTS

2.2.1 Les relations CRSSS-établissements en général

Représentants et permanents ressentent pour la plupart que les établissements de santé et de services sociaux offrent une résistance au nouveau contexte de concertation amené par la création des CRSSS. Les établissements percevraient le CRSSS comme une menace à leur autonomie et préfèreraient négocier directement avec le MSSS.

Ainsi, la plupart des CRSSS auraient de plus ou moins bonnes relations avec les centres hospitaliers, sur lesquels ils n'ont que peu de pouvoir. Les représentants considèrent les CH comme les établissements les plus rébarbatifs au nouveau cadre de fonctionnement. Par contre, les relations avec les CLSC sont généralement qualifiées de très bonnes. Avec les centres d'accueil, les CRSSS se conduiraient de façon plus "autoritaire". Enfin, envers les CSS, le CRSSS agirait plutôt comme le bras exécutif du Ministère.

2.2.2 Les commissions administratives régionales (C.A.R.)

Permanents et représentants s'accordent presqu'unanimement à dire que les recommandations des C.A.R. sont bien suivies. La forte représentation des établissements confère une légitimité et un poids bien évidents à ces commissions, mêmes si elles ne sont pas à proprement parler décisionnelles. Les discussions et études engagées au sein des C.A.R. sont complexes et les sujets spécialisés; les membres des conseils d'administration des CRSSS n'ont souvent qu'une connaissance fragmentaire de tels dossiers et s'appuient fortement sur les recommandations des C.A.R. pour prendre une décision. Par ailleurs, plusieurs des représentants interrogés soit ne savaient pas exactement ce que font les C.A.R., soit n'avaient qu'une connaissance assez sommaire de leur

travail. On mentionne en outre que la population ou ses représentants sont généralement absents de ces comités, ce qui fait dire à quelques représentants que les véritables besoins de la population sont peu connus.

La perception sur le contrôle des C.A.R. est nuancée. Si la liste des priorités figurant à l'agenda des commissions administratives est fortement influencée par les permanents des CRSSS, les envoyés des établissements font néanmoins bien passer leur message dans la préparation des recommandations. La plupart des permanents des CRSSS croient que ce sont principalement les directeurs généraux des établissements qui contrôlent les C.A.R. Pour les représentants, l'action se jouerait véritablement entre les membres exécutifs des C.A.R. et les permanents des CRSSS, rarement avec le conseil d'administration du CRSSS.

A peu près toutes les personnes interrogées dans les CRSSS considèrent le travail fait par les C.A.R. comme utile, primordial disent plusieurs: entre autres avantages, les C.A.R favoriseraient une concertation inter-établissements et proposeraient une attribution rationnelle et transparente des ressources. Les représentants d'établissements s'y parlent, négocient et élaborent des consensus, que les conseils d'administration des CRSSS s'empressent d'entériner.

2.2.3 L'échange d'information entre les CRSSS et les établissements

La plupart des répondants disent que la circulation d'information entre établissements et CRSSS ne pose pas de problème particulièrement pour l'information de nature technique. Toutefois, au gré de quelques permanents, certains établissements se feraient tirer

l'oreille pour donner des renseignements au CRSSS, perçu comme un enquêteur.

A l'inverse, lorsque les dossiers prennent une connotation plus politique, l'ensemble des répondants soulignent l'importance des réseaux informels. Certains affirment que des chargés d'établissements du MSSS contournent régulièrement le CRSSS pour faire affaire directement avec les établissements, principalement lorsqu'il s'agit de dossiers de développement.

Certains répondants estiment que les relations entre CRSSS et établissements varient selon le type d'établissements. Ainsi, les CRSSS informeraient très bien les centres hospitaliers et, les relations CRSSS-CLSC seraient généralement meilleures qu'entre les CRSSS et tous les autres types d'établissements.

2.3 LES RELATIONS CRSSS-POPULATION

Pour le plus grand nombre des répondants, les CRSSS font peu de choses dans le domaine de l'information du public. Néanmoins, permanents et représentants estiment aussi qu'il s'agit là d'une contrainte liée à la nature même du travail effectué par les CRSSS, et qui les amènent à traiter avec les établissements plutôt qu'avec le grand public. On ajoute aussi que l'information de la population relève plutôt du mandat des établissements. D'autres avancent l'indifférence du public à l'égard des CRSSS, comme une cause de la situation actuelle.

La visibilité des CRSSS auprès de la population est donc minimale en dehors des dossiers exigeant une autorisation ou une intervention directe, ou encore l'annonce de "bonnes nouvelles" par le CRSSS.

2.4 LES CONSEILS D'ADMINISTRATION DES CRSSS

Sur cette question, les avis sont assez divisés selon la position de l'interlocuteur. Les représentants des CRSSS ont tendance à identifier les permanents comme ceux qui ont le plus d'influence sur les décisions prises par les conseils d'administration des CRSSS, chose que certains critiquent d'ailleurs. Cependant, pour d'autres, l'influence des permanents serait contrebalancée par la présence grandissante de personnes hors-réseau au sein des conseils d'administration, ce qui est vu comme une évolution bénéfique.

De leur côté, les permanents insistent plutôt sur la grande influence exercée par le directeur général du CRSSS, dont le pouvoir serait largement fonction de sa crédibilité personnelle. En second lieu, ils insistent sur le pouvoir des C.A.R. C'est dans les C.A.R., croient plusieurs permanents, que se prennent la plupart des décisions, surtout lorsqu'elles impliquent des dossiers complexes.

2.5 LES COMPRESSIONS BUDGÉTAIRES

La ronde des compressions budgétaires est vue sensiblement de la même façon par les représentants et les permanents. On y identifie généralement deux périodes, soit la période 1981-83 pendant laquelle les coupures sont relativement bien acceptées par les établissements, et la période postérieure à 1983 où elles suscitent une forte contestation de la part des établissements.

Lors de la première phase, les établissements reconnaissaient qu'il y avait un certain gaspillage de ressources dans le réseau des Affaires sociales et une rationalisation paraissait justifiée. Selon certains permanents, quelques CRSSS ont tenté, au début, de s'opposer à ces coupures, mais ils n'ont pas obtenu le soutien des établissements.

De l'avis général, les demandes de compressions budgétaires du MSSS ont permis une meilleure gestion des ressources, une rationalisation des services, une concertation accrue entre les établissements pour définir des priorités régionales et une plus grande complémentarité entre les services offerts par les établissements.

Lors de cette première phase, le CRSSS aurait surtout agi en exécutant et aurait veillé à ce que soient atteints les objectifs de compression dictés par le MSSS. Il aurait amené les établissements à mieux définir les priorités régionales et "à faire plus avec moins". Il aurait aussi joué un rôle de médiateur entre le MSSS et les établissements, collaborant avec ces derniers pour déterminer la façon la plus équitable de réaliser les coupures sans trop affecter les priorités régionales.

La seconde période de compression (après 1983) est perçue de façon beaucoup plus négative, tant par les représentants que par les permanents. Selon eux, l'exigence d'un second effort de réduction des budgets a suscité une forte opposition chez les établissements. Cette demande, d'après eux, allait au-delà du raisonnable et aurait entraîné une réduction dans la quantité et la qualité des services offerts.

Selon la plupart des répondants, ces coupures auraient causé entre autres un engorgement plus important des salles d'urgences, des réductions de personnel, des retards dans le remplacement de l'équipement médical et une détérioration générale du niveau des services. Les représentants mentionnent que les établissements contestaient tant la justification des coupures, opérées "sans orientation précise", que la façon dont elles étaient faites.

Les établissements s'opposent donc aux coupures demandées et cherchent à s'appuyer sur leur CRSSS pour concerter leur action. De porte-

parole et exécutant du MSSS durant la première ronde, le CRSSS prend maintenant la défense des établissements. Pour la majorité des répondants, le CRSSS a alors démontré qu'il pouvait agir en tant que leader régional. Son action aurait d'ailleurs porté fruit, le MSSS acceptant de combler des déficits d'opération ou encore de fournir les budgets pour développer de nouveaux services.

Quelques répondants pensent cependant que les compressions budgétaires n'ont pas touché également tous les établissements. Les CLSC auraient été les plus touchés, alors que les gros centres hospitaliers, à cause de leur plus grand poids politique, s'en sont mieux tirés.

Pour certains répondants, ces compressions budgétaires ont quand même eu des effets positifs. Elles auraient permis le développement d'un esprit de solidarité entre les établissements, la mise sur pied d'actions collectives et l'émergence de bons gestionnaires dans le réseau. D'autres soulignent enfin que les établissements ont apprécié la façon de procéder du CRSSS durant cette période, ce qui a eu pour effet d'améliorer son image en région.

2.6 LA PERCEPTION DES CRSSS DU DOSSIER LE PLUS IMPORTANT

Nous cherchions, dans cette section, à déterminer la perception des CRSSS du dossier le plus important, en fonction de l'origine du dossier: établissement, ou hors réseau. Du même coup, nous voulions identifier la perception du rôle joué par le CRSSS dans un tel dossier: animateur, médiateur, etc....

2.6.1 La perception des CRSSS du dossier le plus important initié par un établissement

Dans la moitié des cas, permanents et représentants identifient un CH ou un groupe de CH comme initiateur du dossier le plus important. Par contre, un tiers des représentants sont incapables de nommer un dossier important qui aurait été initié par un établissement.

La majorité des répondants considèrent que le CRSSS a joué un rôle politique à l'égard du Ministère ou des établissements dans l'acheminement de ce dossier. On décrit le CRSSS comme un collaborateur, un coordonnateur, un médiateur entre les établissements eux-mêmes ou entre eux et le Ministère. Une minorité de représentants opine au contraire de l'inutilité du CRSSS dans ce dossier, arguant de son faible poids politique et de son caractère de tampon entre le Ministère et les établissements. Il faut noter, ici encore, que les représentants qui partagent cet avis n'occupent pas, de façon générale, la présidence du conseil d'administration.

2.6.2 La perception des CRSSS du dossier le plus important initié hors du réseau socio-sanitaire

Ici encore, une forte proportion de représentants (près de la moitié) se montrent incapables d'identifier un dossier initié hors-réseau, c'est-à-dire émanant des personnes et organismes qu'ils sont censés représenter!

Dans la section précédente, la nature du dossier variait beaucoup, n'offrant pour toute concentration que la problématique des handicapés mentaux, citée par la moitié des permanents. Cette même problématique se retrouve ici encore, avec un quart des répondants,

permanents ou représentants, citant les services aux personnes handicapées comme dossier le plus important initié hors-réseau. Cette concentration peut être attribuable à l'effet de la proclamation de 1984 comme année internationale de la personne handicapée. Il faut noter un autre thème important parmi les dossiers initiés hors-réseau, l'implantation des CLSC.

Le rôle du CRSSS est perçu positivement à l'égard de l'ensemble des dossiers. On le décrit le plus souvent comme un collaborateur de la population, un médiateur entre elle et le Ministère ou les établissements. Là encore, une minorité de représentants n'attribuent aucun rôle ou mérite au CRSSS et deux en ont même une perception négative.

2.7 LA PERCEPTION DES CRSSS DE LEUR RÉALISATION LA PLUS IMPORTANTE

Ici, ce qui frappe en premier lieu, c'est l'absence de consensus, d'un CRSSS à l'autre, sur une réalisation partagée et jugée comme importante.

Représentants et permanents divergent fortement sur cette question. Les représentants, sans doute sous l'effet de la conjoncture au moment des entretiens, identifient le transfert d'effectifs CSS-CLSC, comme la réalisation la plus importante du CRSSS dans une proportion de 25%. Les autres thèmes varient énormément. Par contre, les représentants font un large consensus sur l'origine du dossier afférant à la réalisation la plus importante du CRSSS: presque tous l'attribuent soit au Ministère, soit au CRSSS lui-même (dans une proportion identique), alors que la population et la rubrique "autres" se partagent le reste.

Pour leur part, les permanents sont incapables de faire consensus sur un dossier; on note pratiquement autant de réponses que de répon-

dants! Le CRSSS lui-même apparaît comme l'initiateur de la moitié des dossiers, le Ministère du quart et les établissements d'un autre quart. La population est absente.

Permanents et représentants divergent aussi quelque peu sur le rôle du CRSSS. Près de la moitié des représentants soulignent que l'aspect final de la réalisation différait largement de ce qu'avait voulu réaliser le CRSSS. Les permanents évitent en général cette question. Par contre, les répondants concordent assez largement pour juger utile le rôle du CRSSS. Il jouerait un rôle de leader, de médiateur entre les parties et saurait faire preuve d'autorité envers les établissements dans certains cas. Certains le voient comme le bras du Ministère, chargés de dossiers administratifs alors que d'autres insistent davantage sur le rôle politique joué par le CRSSS à l'égard de ce dossier.

2.8 LA SUPPRESSION ÉVENTUELLE DU CRSSS

Dans une très forte proportion, permanents et répondants considèrent cette hypothèse comme impossible, soutenant que la régionalisation est un phénomène irréversible. Pour un très petit nombre de répondants, cette voie ne serait envisageable que si une structure plus locale prenait le relais.

Si le gouvernement supprimait les CRSSS, la majorité des répondants croit que les gagnants seraient les gros établissements (CH) et les politiciens. Quelques-uns indiquent que le Ministère serait gagnant. A l'opposé, un nombre égal indique que le Ministère serait perdant. Tous les répondants sont unanimes à indiquer que les vrais grands perdants seraient les usagers et la population; plusieurs mentionnent aussi les établissements en général et les petits (centres d'accueil, CLSC, petits CH) en particulier.

2.9 LE CRSSS IDÉAL

Autant chez les permanents que chez les représentants le CRSSS idéal bénéficierait essentiellement d'une plus ample délégation de pouvoirs et d'une plus grande autonomie en matière de budgétisation, de planification et de définition des objectifs.

C'est sur le thème de la participation de la population à la gestion des CRSSS que des différences surgissent entre permanents et représentants. Les permanents, presque unanimement, souhaitent une plus grande représentation des hors-réseaux au sein des conseils d'administration des CRSSS.

Les représentants expriment des avis plus partagés. Certains endossent le point de vue des permanents et recommandent la rémunération des membres du conseil d'administration afin d'encourager la participation des hors-réseaux. D'autres opinent au contraire que les CRSSS sont déjà suffisamment enracinés dans le milieu et que les relations avec la population relèvent plutôt du mandat des établissements. Là encore, on observe un clivage au sein des représentants; ceux qui occupent la présidence ont tendance à se rapprocher du point de vue des permanents.

2.10 DES CRSSS EN QUÊTE D'IDENTITÉ

Les grandes lignes de cette perception désignent donc au moins trois types d'acteurs, réalisant des consensus ou des clivages plus ou moins nets selon les dossiers et problèmes soulevés: permanents d'une part, représentants occupant une fonction centrale (présidence du conseil d'administration ou membre de l'exécutif) et représentants sans fonction administrative. Ces derniers apparaissent nettement comme les moins satisfaits de la performance des CRSSS et les moins ambitieux

quant à leur avenir. Ils sont souvent incapables d'identifier des dossiers d'intervention importants ou, s'il en est, d'y découvrir un rôle positif ou simplement une présence marquée du CRSSS.

Les deux premières catégories dégagent une vision nettement plus positive. Ils sont généralement assez satisfaits de la performance des CRSSS dans la plupart des questions soulevées et verraient d'un bon oeil un développement dans deux directions différentes: pouvoirs accrus d'une part et augmentation de l'enracinement dans la population d'autre part, notamment via la restructuration des conseils d'administration en faveur des hors-réseau.

Ainsi les répondants les plus près du discours administratif sont plus optimistes sur la performance passée du CRSSS et la possibilité d'y impliquer davantage la population. Par contre, les témoins porteurs de fonctions plus strictement représentatives paraissent plus souvent avoir lancé la serviette; ils doutent souvent de la possibilité ou de l'opportunité d'augmenter les pouvoirs du CRSSS ou la représentation populaire hors-réseau. Entre le rôle d'extension du Ministère et celui d'autorité régionale plus ouverte et autonome, les membres des CRSSS cherchent donc leur identité. Il est certes intéressant de voir quel est à cet égard le point de vue de leurs partenaires des établissements.

LA PERCEPTION DE CHAQUE TYPE D'ÉTABLISSEMENTS

Sur le plan du contenu, ce chapitre épouse la démarche du précédent et chaque thème y sera donc abordé dans le même ordre. Sur le plan de la structure, nous présenterons dans l'ordre, le point de vue des centres hospitaliers et des départements de santé communautaire, celui des centres locaux de services communautaires, celui des centres de services sociaux et, finalement, la vision des centres d'accueil. Là encore, les divergences entre permanents et représentants au conseil d'administration des établissements seront analysées. Les limites de méthodologie et d'interprétation signalées au chapitre précédent valent évidemment pour la présentation que nous abordons maintenant.

3.1 LA PERCEPTION DES CENTRES HOSPITALIERS ET DES DSC

3.1.1 Les relations MSSS-CRSSS

3.1.1.1 L'échange d'information entre CRSSS et MSSS

Chez les répondants des centres hospitaliers et des D.S.C., il n'y a eu aucun commentaire significatif sur ce thème, la plupart des répondants affirmant ne pas être au courant.

3.1.1.2 Pouvoir et marge de manoeuvre des CRSSS

Dans les centres hospitaliers et les D.S.C., les opinions sont pratiquement divisées en deux sur la question de la marge de manoeuvre dont disposent les CRSSS. Ce clivage se retrouve autant chez les permanents que chez les représentants, quoique ces derniers, par une faible marge, soient un peu plus optimistes. Près de la moitié des répondants sont donc pessimistes quand à l'autonomie et à la marge de manoeuvre des CRSSS, alors que l'autre moitié croit ces derniers capable d'influencer, voire de renverser des décisions du MSSS et de moduler l'application de ses directives au contexte régional. Le premier groupe insiste sur la "minceur" de la marge de manoeuvre des CRSSS, alors que le dernier croit à l'efficacité d'actions concertées établissement/CRSSS.

3.1.2 Les relations CRSSS-établissements

3.1.2.1 Les relations CRSSS-établissements en général

Les répondants des centres hospitaliers et des D.S.C. disent traiter avec les CRSSS les dossiers d'ordre administratif - coordination, planification et orientation - mais préfèrent traiter directement avec le MSSS pour les dossiers plus politiques, particulièrement ceux qui ont trait aux budgets.

Une certaine différence se fait toutefois sentir dans l'appréciation du rôle et des pouvoirs des CRSSS vis-à-vis les établissements. Chez les représentants, on tend à apprécier le travail de coordination des CRSSS et leur implication dans la répartition des budgets entre les établissements, dans la péréquation infra-régionale et éventuellement dans d'autres dossiers, dans la mesure où les éta-

blissements sont bien représentés au sein des CRSSS et surtout bien entendus.

Chez les permanents toutefois, on se méfie de l'influence des CRSSS et craint qu'ils en viennent à s'immiscer dans la gestion des établissements, à empiéter sur leur autonomie. Cette opinion semble aussi être partagée par plusieurs des personnes interrogées dans les D.S.C.

3.1.2.2 Les commissions administratives régionales (C.A.R.)

Malgré une certaine diversité dans les avis exprimés, on s'entend généralement sur l'utilité des C.A.R., particulièrement à cause de l'arène de discussion, de consultation et de concertation que ces commissions présentent. Certains représentants regrettent que ce soient souvent les directeurs généraux des gros établissements qui contrôlent les C.A.R. et déplorent le grand pouvoir d'influence de ces commissions sur le conseil d'administration des CRSSS. Plusieurs permanents observent les mêmes phénomènes, mais ne semblent pas s'en plaindre. Quelques rares intervenants, particulièrement chez les représentants, critiquent la trop grande infuence qu'exercent les permanents des CRSSS sur les commissions, mais en général, on passe plutôt sous silence ou encore on approuve le travail effectué par la permanence des CRSSS.

3.1.2.3 L'échange d'information CRSSS-établissements

En général, permanents et représentants des CH et des DSC estiment que l'information circule bien entre les établissements et les CRSSS. Certains n'en apportent pas moins des critiques; on reproche aux CRSSS de faire parvenir une information en retard sur

l'action, "anodine" et peu pertinente, ou encore intéressante en théorie, mais sans grand rapport avec la réalité des établissements. Pour d'autres, plusieurs établissements s'abstiendraient d'informer régulièrement les CRSSS au-delà de ce qui est strictement nécessaire, alors que les CRSSS eux-mêmes retiendraient les informations susceptibles de provoquer des demandes accrues de la part des établissements.

3.1.3 Les relations CRSSS-Population

En général, dans les centres hospitaliers et les D.S.C., on ne perçoit sûrement pas l'effort d'information du public par les CRSSS comme trop envahissant. Tous, sauf un, se contentent de noter que les CRSSS n'informent pas beaucoup la population et seulement une minorité semble souhaiter des efforts supplémentaires à ce sujet.

3.1.4 Les conseils d'administration des CRSSS

Les répondants estiment généralement que ce sont les permanents et la direction des CRSSS qui exercent le plus d'influence sur les conseils d'administration des CRSSS. On identifie en second lieu les C.A.R. dont les recommandations auraient beaucoup de poids.

3.1.5 Les compressions budgétaires

Représentants et permanents interrogés dans les centres hospitaliers et les DSC ont sensiblement la même vision de la période des compressions budgétaires. D'après la plupart d'entre eux, la première ronde des coupures était justifiée. Elle aurait permis de développer une meilleure gestion collective des ressources du réseau, d'améliorer la productivité des services et d'effectuer un meilleur contrôle des dépenses.

La seconde ronde de compressions est vue presque à l'unanimité comme une période beaucoup plus pénible. Les établissements se seraient fait imposer des contraintes auxquelles ils ne pouvaient faire face. Celles-ci auraient entraîné des déficits accrus, une diminution de la qualité des services et une détérioration du climat de travail.

Représentants et permanents diffèrent sensiblement d'opinion lorsque vient le temps d'analyser le rôle joué par le CRSSS durant cette période. Chez les permanents, la perception d'ensemble est que le CRSSS a agi comme un gestionnaire et parfois comme un acteur politique. Il aurait agi en bras exécutant du MSSS durant la première phase des coupures et fait des pressions pour que soient appliquées les directives de compressions. Progressivement cependant, le CRSSS en serait venu à agir plutôt en médiateur entre le MSSS et les établissements, et même en défenseur des demandes des établissements, s'opposant s'il le fallait au MSSS. Néanmoins, mentionne-t-on, le CRSSS ne bénéficiait que de peu de pouvoir réel. Chez les représentants, l'opinion est divisée en deux. Un groupe croit que le CRSSS a prêté appui aux établissements, agissant comme médiateur entre eux et le MSSS pour obtenir de meilleurs budgets et une répartition plus équitable. Un autre groupe estime au contraire que le CRSSS n'a rien fait pour aider les établissements, agissant plutôt en porte-parole autoritaire et directif du MSSS.

3.1.6 Perception des CH et des DSC du dossier le plus important initié par un établissement

Seulement quatre répondants n'ont pu relever de dossier, ce qui est très peu. Les représentants ont davantage mentionné des dossiers concernant le développement physique (équipements, locaux), plutôt que des problématiques ayant trait aux services à la population

(v.g. soins à domicile, urgences, etc....). Chez les permanents, les dossiers varient selon un éventail très large.

Les perceptions sont partagées en ce qui a trait au rôle des CRSSS dans ces dossiers. Pour une majorité d'optimistes, le CRSSS apparaît comme un coordonnateur, un médiateur efficace et un soutien administratif apprécié; pour une minorité désabusée, dont la moitié des répondants des DSC, il apparaît comme un palier souvent inutile et un stratège malhabile auprès de la population; le CRSSS serait particulièrement inefficace dans les dossiers d'immobilisations ou lorsqu'il tente de fournir directement des services aux établissements.

3.1.7 Perception des CH et des DSC du dossier le plus important initié hors-réseau

Près de la moitié des répondants furent incapables de mentionner un seul dossier. De plus, l'implantation d'un CLSC constitue le seul thème à revenir régulièrement.

Pourtant, les répondants qui ont pu mentionner un dossier s'avèrent presque tous très satisfaits du rôle joué par les CRSSS; en dehors d'une moitié de répondants des DSC qui ne lui attribuent aucun rôle, on est quasi unanime à apprécier le CRSSS comme animateur, collaborateur des groupes et du milieu, porte-parole des groupes auprès des établissements et du Ministère.

3.1.8 Perception des CH et des DSC de la réalisation la plus importante du CRSSS

Les conclusions du paragraphe précédent laissent songeur quand on retrouve ici seulement deux réalisations initiées hors-réseau

et pour lesquelles d'ailleurs, le rôle des CRSSS est jugé très négativement. Pour le reste, les réalisations importantes des CRSSS ont généralement trait aux problématiques des centres hospitaliers: coordination des urgences, plans d'effectifs médicaux, alourdissement des clientèles, répartition des budgets d'équipement, etc... Ces réalisations proviennent presque toujours du CRSSS lui-même, et parfois des CH.

Seulement deux répondants (sur 31) n'ont pu mentionner de réalisation importante au crédit du CRSSS. Par contre, quatre personnes opinent qu'il ne se passe rien d'important au Conseil. Dans l'ensemble, les répondants perçoivent positivement le rôle du CRSSS dans sa "réalisation" la plus importante; c'est un médiateur inter-établissements, entre ceux-ci et le Ministère, un coordonnateur et un collaborateur. La satisfaction des permanents est particulièrement élevée, alors que les opinions négatives sont le fait de représentants de la population.

3.1.9 La suppression éventuelle du CRSSS

Dans l'ensemble, les permanents et les représentants sont du même avis: à 90%, ils rejettent l'idée de la suppression des Conseils, bien qu'ils aimeraient voir changer leurs orientations: plus de consultation-animation et moins de gestion.

La majorité des répondants estiment que tout le monde y perdrait dans l'éventualité de la disparition des CRSSS. Plusieurs mentionnent la population et les petits établissements au rang des premiers perdants. Parmi les cas de gagnants éventuels, on retrouve assez souvent les "gestionnaires d'empire", aptes à jouer la carte politique. Un permanent mentionne l'Association des hôpitaux du Québec, un autre les Départements de santé communautaire.

3.1.10 Le CRSSS idéal

En dépit de la méfiance qu'ils avaient exprimée face à l'extension du pouvoir des CRSSS sur les établissements, les permanents et représentants interrogés dans les centres hospitaliers et les D.S.C. croient en une décentralisation des pouvoirs du MSSS vers les CRSSS. La plupart d'entre eux voient le CRSSS idéal comme un organisme doté d'amples pouvoirs lui permettant d'abord de bien circonscrire les besoins de la population et de prendre des décisions significatives pour sa région, particulièrement en matière de programmation, de planfication et de budgétisation des équipements et services. Quelques répondants préconisent en outre que les CRSSS soient dotés d'un champ de taxation à eux. Enfin, tous les représentants ajoutent que le CRSSS idéal serait plus revendicateur face au MSSS.

Dans ses relations avec les établissements, permanents et représentants voudraient que le CRSSS travaille en complémentarité avec eux tout en coordonnant leur action et en assurant leur concertation de façon continue. Les représentants insistent sur la vision d'un CRSSS qui serait moins bureaucratisé et qui éviterait de s'ingérer dans la gestion interne des établissements.

Les représentants mettent aussi l'accent sur l'importance d'amener la population à s'impliquer dans les CRSSS. La plupart préconisent un plus grand nombre de représentants hors-réseau sur les conseils d'administration et une plus grande participation de la population en général, ce qui permettrait aux CRSSS d'être plus proche de la population et d'être plus au fait des besoins. Dans l'ensemble, les permanents ne s'expriment pas en ces termes face à la participation de la population.

3.1.11 La perception générale des CH et des DSC

Les répondants des CH et des DSC paraissent, dans l'ensemble et nonobstant quelques critiques acerbes très minoritaires, nettement satisfaits du rôle joué par le CRSSS.

On ignore la densité des échanges d'information et on a une faible opinion générale de l'étendue des pouvoirs du CRSSS face au Ministère; mais, dans les dossiers particuliers, des compressions budgétaires aux problématiques initiées par divers acteurs, on observe généralement une satisfaction par rapport au rôle joué par le CRSSS et la reconnaissance d'une marge de manoeuvre réelle face aux établissements et au Ministère.

On note aussi que le principal objet d'intervention du CRSSS porte sur des dossiers administratifs, s'intéressant surtout à la problématique des centres hospitaliers. Les répondants ne se préoccupent guère de l'état des relations entre le CRSSS et la population, et parviennent difficilement à citer des dossiers hors-réseaux qui ne soient, finalement que des extensions du réseau (l'implantation des CLSC). Tout de même, ils perçoivent là encore l'intervention du CRSSS comme très positive. Leur CRSSS idéal serait même davantage enraciné dans la population et responsable envers celle-ci implicitement ou explicitement.

On peut donc conclure que, dans l'ensemble, et malgré certaines faiblesses et un degré de méfiance envers une possible ingérence du CRSSS dans leur gestion interne, les répondants des CH et des DSC apprécient le rôle joué par les CRSSS , de même que les différents objets de ses interventions. Cette satisfaction envers la situation actuelle ne semble pas entrer en contradiction avec une ouverture à l'augmentation des pouvoirs des CRSSS aux dépens du Ministère, et à une meilleure représentation de la population.

3.2 LA PERCEPTION DES CLSC

3.2.1 Les relations MSSS-CRSSS

3.2.1.1 L'échange d'information entre CRSSS et MSSS

A ce sujet, peu de répondants s'estiment suffisamment au courant pour répondre; on souligne par contre que le MSSS et les CRSSS ne sont pas au fait des réalités régionales.

3.2.1.2 Pouvoir et marge de manoeuvre des CRSSS

Dans les CLSC, le CRSSS est percu comme étant contraint, en dernière instance, d'obéir aux directives et décisions du MSSS. Toutefois un bon nombre des répondants - surtout chez les permanents et un peu moins chez les représentants - lui concèdent un certain pouvoir de représentation auprès du MSSS pour adapter ses directives à la réalité régionale, et une certaine latitude dans l'attribution des budgets. Mais il s'agit là pour eux d'une marge de manoeuvre bien étroite et bien délimitée par le cadre de fonctionnement fixé par le MSSS.

3.2.2 LES RELATIONS CRSSS-ÉTABLISSEMENTS

3.2.2.1 Les relations CRSSS-établissements en général

En général, représentants et permanents des CLSC estiment que les établissements maintiennent de bonnes relations avec les CRSSS. On apprécie la concertation inter-établissements, ainsi que le rôle de conciliateur et d'arbitre joué par le CRSSS. On émet aussi certaines critiques; certains représentants insistent sur l'influence importante des gros établissements, particulièrement les centres hospi-

taliers, à l'égard des CRSSS. Des permanents dénoncent les "chasses gardées" et la pratique des établissements de s'adresser directement au MSSS pour certains dossiers.

En ce qui a trait au rôle des CRSSS dans les décisions d'attribution des budgets d'immobilisation, les répondants se disent généralement satisfaits. Les CRSSS paraissent capables de répondre aux besoins en immobilisations, tout en restant dans les limites financières posées par le Ministère.

3.2.2.2 Les commissions administratives régionales (C.A.R.)

On apprécie le caractère de forum des C.A.R.; ces commissions constitueraient un endroit où les établissements débattent de leurs problèmes, réfléchissent ensemble aux contraintes et aux solutions possibles. Certains permanents critiquent cependant le contrôle exercé par la permanence du CRSSS sur les C.A.R.

3.2.2.3 L'échange d'information CRSSS-Etablissements

L'information circulerait assez bien en général; néanmoins, plusieurs répondants estiment que le flux d'information des CRSSS vers les établissements n'est pas aussi fluide qu'il devrait l'être. On reproche aux CRSSS une information saccadée et souvent peu pertinente. Quand aux établissements, ils informeraient maintenant mieux les CRSSS, même si plusieurs continuent de s'adresser directement au MSSS.

3.2.3 Les relations CRSSS-Population

La plupart des répondants des CLSC croient que les liens avec le public relèvent surtout des établissements. Pour plusieurs, les CRSSS ne doivent pas s'impliquer davantage à ce chapitre. Par contre, pour une minorité de permanents, les CRSSS pourraient faire plus pour informer la population, par exemple publiciser les nouveaux services. Cette opinion n'est corroborée par aucun représentant.

3.2.4 Les conseils d'administration des CRSSS

Permanents et représentants considèrent les permanents et la direction des CRSSS comme les réels détenteurs du pouvoir au sein des conseils d'administration. Certains représentants soulignent aussi le rôle important joué par les C.A.R. dans la prise de décision; comme les établissements ont tendance à contrôler les C.A.R., ils exerceraient ainsi une influence sur les conseils d'administration des CRSSS. Par ailleurs, on évoque aussi la présence sur les conseils d'administration de personnes hors-réseau: le temps et les connaissances leur manqueraient pour infléchir réellement les décisions.

3.2.5 Les compressions budgétaires

Représentants et permanents voient les coupures budgétaires comme une période de remise en question des programmes et des plans de développement, de rationalisation des dépenses et d'ajustement des services aux besoins réels de la population. Bien qu'ils qualifient cette période de pénible, les répondants estiment que les coupures ont été utiles aux établissements en favorisant une meilleure gestion collective, des échanges de services et une répartition plus équitable des budgets. De façon générale, les représentants semblent plus convaincus que les permanents de la nécessité et de l'utilité des coupures.

Par contre, représentants et permanents ont une vision différente du rôle joué par le CRSSS à cette occasion. Pour plusieurs de ces derniers, le CRSSS s'est comporté avec la fermeté d'un gestionnaire: il a appliqué les directives du MSSS et s'est assuré de la participation des établissements. Le CRSSS a donc vu à identifier les besoins, à élaborer un ordre de priorités, à fixer les échéanciers de réalisation et à s'entendre avec les établissements sur la répartition des ressources disponibles. Certains soulignent qu'il est arrivé au CRSSS de se porter avec succès à la défense des établissements.

Pour les représentants, l'intervention du CRSSS est davantage celle d'un médiateur administratif, à mi-chemin entre le MSSS et les établissements, qui analyse, bloque ou fait suivre les dossiers. Dans certains cas, il serait intervenu pour défendre les établissements auprès du MSSS. Une minorité opine plutôt qu'il a joué un bien petit rôle, puisque le CLSC transigeait directement avec le MSSS. D'autres croient enfin que le CRSSS a profité de la période des coupures pour s'ingérer dans les affaires du CLSC.

3.2.6 Perception des CLSC du dossier le plus important initié par un établissement

Permanents et représentants diffèrent assez largement à ce chapitre. Près de la moitié des représentants n'ont pu mentionner un dossier important initié à partir d'un établissement. Les permanents n'éprouvent guère de difficulté à citer un tel dossier. Leur perception du rôle joué par le CRSSS est positive dans la moitié des cas. Pour l'autre moitié le CRSSS n'a joué aucun rôle par rapport au dossier relevé. Un seul permanent perçoit très négativement le rôle du CRSSS dans le dossier qu'il aborde. Pour ceux qui considèrent le rôle du CRSSS positivement, on indique que le CRSSS fut un animateur, un collaborateur ou un conseiller auprès des établissements. Pour les

représentants, le CRSSS n'aurait au mieux joué aucun rôle; au pire, il aurait été un obstacle à la bonne marche du dossier.

3.2.7 Perception des CLSC du dossier le plus important initié hors-réseau

Près de la moitié des répondants ne peuvent identifier un dossier initié hors-réseau. Les autres mentionnent des dossiers de nature très différente, et aucun thème ne ressort clairement.

Les permanents perçoivent positivement le rôle du CRSSS alors que les représentants sont très divisés sur cette question. On refère généralement au rôle de collaborateur utile, de médiateur entre les groupes impliqués et le Ministère. On rappelle aussi l'obligation faite aux organismes bénévoles de s'adresser au CRSSS pour obtenir des subventions, un domaine où le CRSSS jouerait efficacement son rôle administratif.

3.2.8 Perception des CLSC de la réalisation la plus importante du CRSSS

Près de la moitié des représentants sont incapables de citer une réalisation importante du CRSSS. Pour la majorité des autres répondants, le CRSSS a bien joué son rôle par rapport à la réalisation évoquée. Pour plus du tiers des personnes, cette réalisatioin porte sur le transfert des effectifs CSS-CLSC et le CRSSS s'y voit attribuer un rôle de médiateur efficace entre les établissements.

Une minorité significative de répondants, surtout parmi les permanents, démontre une perception négative du CRSSS à l'égard du dossier évoqué, les termes allant de parasite bureaucratique au simple exécutant des volontés du Ministère.

3.2.9 La suppression éventuelle du CRSSS

A près de 90% les répondants des CLSC ne sont pas d'accord avec la suppression des CRSSS: quelques-uns parlent plutôt de les améliorer. "Le Ministère ne peut tout diriger de Québec", ou encore "C'en serait fini de la concertation inter-établissements" sont des phrases qui viennent à plus d'un répondant.

Comme gagnant dans l'hypothèse de suppression, quelques permanents parlent des fonctionnaires du MSSS, d'autres des établissements en général. La très grande majorité des répondants croit que c'est la population qui sortirait perdante. Plusieurs soulignent que le Ministère perdrait un exécutant efficace et qu'en définitive l'ensemble du réseau s'en ressentirait.

3.2.10 Le CRSSS idéal

Permanents et représentants souhaitent généralement une plus grande décentralisation de pouvoirs vers les CRSSS; le CRSSS idéal serait un organisme plus autonome, doté de pouvoirs étendus dans la programmation et la budgétisation des équipements et services. Il entretiendrait des relations étroites avec les établissements.

Les deux groupes de répondants souhaitent que les usagers et la population en général prennent une plus grande part dans l'administration des CRSSS. Cependant, on note une différence importante entre la vision des permanents et celle des représentants quant à l'implication du CRSSS idéal auprès de la population. Les représentants souhaitent un CRSSS de type "ministère régional", avec de meilleures antennes dans la population et une forme de rémunération pour inciter les personnes hors-réseau à siéger sur les conseils d'administration. Les permanents recherchent plutôt une structure agissant en tant qu'in-

termédiaire actif entre l'Etat, les établissements et les citoyens. Ils insistent sur la nécessité de susciter un intérêt accru et une volonté politique au sein de la population, dont la participation active amènerait les CRSSS à se montrer plus revendicateur face au MSSS.

3.2.11 La perception générale des CLSC

Dans l'ensemble, les répondants des CLSC témoignent d'une perception assez positive des CRSSS, bien qu'à un degré moindre que dans le cas des CH et des DSC.

Minoritaires, les critiques n'en demeurent pas moins très virulentes, notamment à l'occasion de l'évocation de dossiers particuliers, ou chez les représentants. On aura noté, d'un dossier à l'autre, et d'une catégorie de répondants à l'autre, une forte variation de la satisfaction "particulière". Par contre, dans les questions d'ordre général, comme les rapports avec le Ministère, les établissements et la population, le CRSSS s'en tire avec une image nettement positive.

On retrouve cette évaluation positive dans l'image du CRSSS idéal, où la plupart des permanents et représentants tombent d'accord pour réclamer une extension des pouvoirs des CRSSS au dépens du Ministère, de type politique pour les premiers, et de type administratif pour les seconds.

3.3 LA PERCEPTION DES C.S.S.

3.3.1 Les relations MSSS-CRSSS

3.3.1.1 L'échange d'information entre CRSSS et MSSS

Seuls quelques permanents des CSS se sont prononcés sur cette question. D'après eux, l'information du MSSS vers les CRSSS est souvent insuffisante. Par ailleurs, estime-t-on, le MSSS s'adresse maintenant plus directement aux CRSSS et de moins en moins aux établissements. Les représentants se déclarent peu informés à ce chapitre.

3.3.1.2 Pouvoir et marge de manoeuvre des CRSSS

De façon générale, représentants et permanents venant des CSS attribuent peu de marge de manoeuvre et de pouvoir autonome aux CRSSS. Pour plus de la moitié des répondants, les CRSSS sont plus ou moins des directions régionales du MSSS. Au mieux, bénéficieraient-ils d'une capacité d'influence, de recommandation et d'adaptation des directives au contexte régional. Dans l'ensemble, le CRSSS ne montrerait pas de réelle volonté d'opposition et de défense des intérêts régionaux face aux décisions et directives du MSSS. En matière budgétaire, toutefois, le CRSSS disposerait d'une certaine latitude dans l'attribution des moyens à l'intérieur de limites fixées par le Ministère.

3.3.2 Les relations CRSSS-Etablissements

3.3.2.1 Les relations CRSSS-établissements en général

Au sein des CSS, permanents et représentants opinent facilement que les CRSSS sont en voie de se bâtir un pouvoir au détriment des établissements. On craint que cette tendance amène les CRSSS à s'ingérer de plus en plus dans le fonctionnement, la régie interne et les procédures des établissements. Enfin, on semble dorénavant accepter de traiter avec les CRSSS pour les dossiers administratifs et pour le partage des enveloppes budgétaires, mais on maintient les tractations directes avec le Ministère pour les dossiers plus "politiques".

3.3.2.2 Les commissions administratives régionales (C.A.R.)

Pour la pupart des répondants, le travail des C.A.R. est vue de façon très favorable. On note surtout l'importance de ce "mécanisme privilégié" de communication, de concertation et de planification. Chez les représentants, on insiste particulièrement sur le contrôle des C.A.R. par les permanents des CRSSS, un facteur qui est jugé très positif parce qu'il favoriserait l'objectivité dans les décisions et aiderait à enrayer la trop grande influence dont bénéficent les gros établissements. Cette opinion semble contredire le point de vue exprimé précédemment et dénonçant un certain "impérialisme" des CRSSS sur les établissements. En bref, on craint le pouvoir des CRSSS, mais on n'en apprécie pas moins le contrôle exercé par les permanents des CRSSS sur les C.A.R., pour sa contribution à l'équité et à l'objectivité entre les établissements.

3.3.2.3 L'échange d'information CRSSS-établissements

Les permanents des CSS pensent que les établissements et les CRSSS pratiquent largement la rétention d'information et l'utilisation de la coulisse pour les dossiers litigieux. Cette opinion serait assez généralement partagé, selon eux, par le secteur santé du réseau. Pour leur part, les représentants estiment en général que la rétention d'information s'observe surtout chez les établissements et que ces derniers tendent à s'adresser directement au MSSS pour régler les "dossiers chauds".

3.3.3 Les relations CRSSS-population

Très peu de personnes se sont prononcées sur ce sujet, tant chez les permanents que chez les représentants. L'opinion est divisée à peu près également entre ceux qui considèrent que les CRSSS font suffisamment d'effort pour informer la population et ceux qui jugent qu'ils n'en font pas assez, sans pour autant suggérer qu'il devrait en être autrement.

3.3.4 Les conseils d'administration des CRSSS

Pour la majorité des répondants, ce sont la direction et la permanence des CRSSS qui exercent le plus d'influence sur les décisions du conseil d'administration. Les C.A.R., pour d'autres, constitueraient l'endroit où les décisions se forgent, puisque leurs recommandations sont suivies. Enfin, un représentant souligne l'importance de la présence de membres hors-réseau dans les conseils d'administration pour garder la structure "éveillée"; un permanent prend le contrepied de cet avis et estime que la direction du CRSSS se sert des hors-réseaux pour écarter du conseil d'administration des administrateurs efficaces et des professionnels du réseau.

3.3.5 Les compressions budgétaires

Permanents et représentants du CSS s'entendent généralement sur l'utilité des coupures budgétaires pour l'ensemble des établissements, quoiqu'elles aient entraîné l'abolition de postes et la mise à pied de personnel. Ce fut une période de débalancement pour l'ensemble du réseau des affaires sociales qui a eu pour effet, selon l'analyse des permanents, d'engorger les établissements, d'allonger les listes d'attente, d'occasionner des réductions de services, voire leur disparition pure et simple. Cette période est cependant considérée comme positive par d'autres répondants, permanents et représentants. Elle aurait favorisé une meilleure gestion collective et une rationalisation des services.

Quant au rôle du CRSSS à cette occasion, la plupart le voit comme un intermédiaire entre le MSSS et les établissements.

3.3.6 Perception des CSS du dossier le plus important initié par un établissement

Encore une fois, plusieurs représentants sont incapables de citer un dossier important initié par un établissement et traité par le CRSSS. Le dossier des transferts d'effectifs des CSS vers les CLSC a été évoqué par le quart des répondants; le rôle du CRSSS y a été jugé très majoritairement négatif, décevant et "pro-CLSC".

Il faut aussi noter le fait que la plupart des permanents ont abordé un dossier initié par un ou plusieurs centres hospitaliers de la région. Exception faite du transfert d'effectifs CSS/CLSC, les répondants des CSS ont généralement une opinion positive du rôle des CRSSS dans ces dossiers; coordonnateur, messager efficace du Ministère,

collaborateur des établissements sont les qualificatifs qui reviennent le plus souvent.

3.3.7 Perception des CSS du dossier le plus important initié hors-réseau

La moitié des répondants, permanents comme représentants, s'avèrent incapables de citer un seul dossier initié hors-réseau. Pour les autres, le rôle du CRSSS est perçu comme négatif par le tiers des personnes, qui le qualifient de nuisance, de messager du Ministère sans autorité. Un autre tiers approuve le rôle du CRSSS et indique qu'il aurait été à l'écoute de la population. Les autres répondants notent l'absence du CRSSS dans le dossier évoqué.

3.3.8 Perception des CSS de la réalisation la plus importante du CRSSS

Un seul répondant s'est déclaré incapable de répondre à cette question. Près de la moitié des réponses portaient sur le transfert d'effectifs CSS-CLSC comme principale réalisation du CRSSS.

Les répondants se partagent en deux groupes, tant chez les permanents que chez les représentants, en ce qui a trait à leur perception du rôle du CRSSS. Le premier groupe fait preuve d'une opinion positive du rôle joué par le CRSSS: porte-parole efficace auprès du Ministère, médiateur, etc... Pour l'autre moitié des répondants, bien au contraire, le CRSSS n'est qu'une filiale du Ministère sans poids politique, un organisme essentiellement utile au seul Ministère.

3.3.9 La suppression éventuelle du CRSSS

Encore une fois il existe très peu de différences entre les réponses des permanents et celles des représentants: très majoritairement on est contre l'abolition des CRSSS. On identifie les gros établissements, le MSSS, et les régions 03 et 06A comme des gagnants éventuels alors que les régions périphériques et la population sont vues souvent comme les perdants.

3.3.10 Le CRSSS idéal

Permanents et représentants préconisent une plus grande indépendance du CRSSS face au MSSS. On souhaite une décentralisation des pouvoirs vers les CRSSS, particulièrement en matière de programmation, de budgétisation et de développement régional.

Le CRSSS idéal serait aussi mieux enraciné en région, il serait organisé en fonction des besoins régionaux et agirait en tant que leader pour la région. Les représentants le voient comme un initiateur de projets en faveur de la région. Les permanents insistent plutôt sur le modèle participatif, qui devrait être à la base de la structure du CRSSS. Responsable de l'animation régionale et de la participation des citoyens, le CRSSS idéal serait directement impliqué dans la définition des choix collectifs de la région.

3.3.11 La perception générale des CSS

La perception des CSS apparaît largement tributaire de la conjoncture au moment de l'enquête: le transfert d'effectifs des CSS au profit des CLSC joue un rôle important dans les opinions négatives, au point qu'il convient de se demander si la satisfaction notée chez les

CLSC à la section précédente n'est pas, elle aussi, fonction de cet élément.

Pour le reste, on trouve encore une ignorance des relations entre le CRSSS et le Ministère, surtout en ce qui concerne les échanges d'information. On en sait tout de même assez pour taxer assez largement le CRSSS de bras du Ministère, tout en comptant sur sa protection et son objectivité vis-à-vis les gros établissements. Le CRSSS idéal apparaît davantage ancré dans la population et doté d'une mission de représentation de la région.

3.4 LA PERCEPTION DES CENTRES D'ACCUEIL

3.4.1 Les relations MSSS-CRSSS

3.4.1.1 L'échange d'information entre CRSSS et MSSS

Peu de répondants dans les centres d'accueil se disent au courant des conditions d'échange d'information entre le MSSS et les CRSSS. On assume généralement qu'elle est bonne.

3.4.1.2 Pouvoir et marge de manoeuvre des CRSSS

La moitié des permanents et la grande majorité des représentants perçoivent les CRSSS comme des organismes dépourvus d'autonomie et de marge de manoeuvre face au MSSS. Tout au plus pourraient-ils éventuellement contester et revendiquer, mais sans grand chance de succès.

L'autre moitié de permanents accorde une plus grande marge de manoeuvre aux CRSSS et, particulièrement des pouvoirs

d'influence, de recommandation et d'adaptation des directives au contexte régional.

3.4.2 Les relations CRSSS-Etablissements

3.4.2.1 Les relations CRSSS-établissements en général

Les représentants ont peu répondu à cette question. Les permanents dégagent une attitude plutôt négative à l'égard des CRSSS, qui sont perçus comme des intermédiaires inutiles et dont on voit croître le pouvoir avec inquiétude parce qu'on sent l'autonomie des établissements menacée. On traite principalement avec eux les dossiers administratifs alors que les dossiers plus "politiques" tels ceux des budgets de développement se transigent directement avec le MSSS.

Néanmoins, une minorité de répondants semblent beaucoup plus satisfaits de leur relation avec les CRSSS: appréciation du support apporté aux actions entreprises par les établissements, de la souplesse dans l'application des directives et règlements et de l'équité dans l'attribution des moyens budgétaires.

3.4.2.2 Les commissions administratives régionales (C.A.R.)

Représentants et permanents présentent une vision assez critique des C.A.R. Les permanents des CRSSS contrôleraient les C.A.R. et y imposeraient leurs priorités. Les permanents se disent frustrés du peu de contenu des réunions des C.A.R.; ils dénoncent l'esprit de concurrence inter-établissements et le manque de véritable concertation. Certains suggèrent de repenser la formule des C.A.R.

pour éviter que les intérêts de quelques individus ou établissements priment sur ceux de la région dans son ensemble.

3.4.2.3 L'échange d'information CRSSS-établissements

Les permanents émettent beaucoup plus d'opinions sur ce thème que les représentants. En général, on est assez critique à l'égard de l'information échangée entre les CRSSS et les établissements. On reproche aux CRSSS une information souvent peu pertinente, inappropriée, incomplète ou opportuniste. Les rencontres informelles avec des cadres du CRSSS ou les communications des associations seraient souvent de meilleures sources d'information que celles en provenance du CRSSS.

Les établissements agiraient également de manière opportuniste. On ne fournirait au CRSSS que le strict nécessaire et on transmettrait directement de l'information au MSSS lorsque c'est profitable. Par contre, un tiers des répondants (permanents) jugent la situation satisfaisante.

3.4.3 Les relations CRSSS-Population

De façon générale, on estime que la population est suffisamment informée par les CRSSS. Certains représentants pensent néanmoins que les CRSSS demeurent trop éloignés de la population.

3.4.4 Les conseils d'administration des CRSSS

Pour les permanents des centres d'accueil, la direction et la permanence du CRSSS orientent les décisions de leur conseil d'administration. Les représentants, peu nombreux à répondre à cette question, mentionnent plutôt l'apport des C.A.R. ou déplorent le pouvoir

excessif des centres hospitaliers. On ajoute que les membres hors-réseau sont défavorisés par la courte durée de leur mandat, la complexité des dossiers, et la "structurite" du réseau.

3.4.5 Les compressions budgétaires

Une majorité de répondants estiment que les compressions budgétaires ont permis une rationalisation des opérations, une meilleure gestion et une plus grande sensibilisation des gens aux coûts réels des services.

Parmi les suites négatives des coupures, les représentants mentionnent les sentiments de crainte et d'insécurité provoqué chez les bénéficiaires des centres d'accueil par le manque de ressources financières. Pour les permanents, ces coupures ont représenté une réorientation de la politique du MSSS face au rôle des CRSSS.

L'évaluation du rôle tenu par le CRSSS durant cette période varie aussi selon le groupe interrogé. Les représentants tendent à être plus critiques envers le CRSSS, perçu comme un administrateur régional chargé d'appliquer les directives du MSSS. Souvent autoritaire dans l'évaluation des plans de redressement, les CRSSS ont obligé les établissements à contraindre leurs opérations et à établir une liste de priorités. Certains y voient néanmoins un bon côté, puisque cela aurait forcé les établissements à se concerter et à se redistribuer plus équitablement les budgets alloués.

Les permanents évaluent le rôle joué par les CRSSS de façon plus positive. Si les CRSSS se sont surtout alignés sur la politique du MSSS au début, leurs interventions à titre de médiateur et de négociateur se seraient accrues avec le temps. Le CRSSS aurait progressivement émergé comme le porte-parole des établissements dans les négocia-

tions avec le MSSS, agissant parfois comme un véritable "leader régional", malgré ses faibles pouvoirs face au Ministère. Il existe par contre une minorité de permanents pour affirmer que le CRSSS n'a rien fait qui vaille pour les établissements, si ce n'est favoriser les hôpitaux durant toute cette période.

3.4.6 Perception des centres d'accueil du dossier le plus important initié par un établissement

Comme pour les autres catégories d'établissements, les représentants sont encore nombreux à ne pouvoir répondre à cette question. Ceux qui ont répondu l'on fait dans le même sens que les permanents en citant un dossier initié à partir d'un ou plusieurs centres d'accueil.

Une moitié de répondants accueille favorablement le rôle de médiateur ou de collaborateur du CRSSS dans le dossier évoqué. Une autre moitié le décrit plutôt comme un organisme sans leadership, sans pouvoir réel et loin de la population. Il est notable que très peu de répondants aient considéré que le CRSSS n'a joué aucun rôle dans leur dossier: les CRSSS seraient-ils plus actifs dans les dossiers concernant les centres d'accueil?

3.4.7 Perception des centres d'accueil d'un dossier initié hors-réseau

Une moitié de répondants, qui se recrute davantage chez les permanents, ne peuvent citer un tel dossier. Une forte proportion de dossiers ont trait à l'implantation de CLSC.

Dans l'ensemble, le rôle du CRSSS fait l'objet de commentaires favorables, avec quelques exceptions virulentes: le CRSSS

"s'écraserait" devant le politique, il multiplierait les embûches pour empêcher la réalisation de dossiers initiés par des groupes socio-économiques. Mais la majorité des répondants opinent plutôt que le CRSSS joue un rôle utile de collaborateur des organismes et associations.

3.4.8 Perception des centres d'accueil de la réalisation la plus importante du CRSSS

Permanents et représentants diffèrent largement sur cette question. Les premiers produisent une forte majorité d'opinions favorables au CRSSS qui jouerait un rôle utile de porte-parole des établissements auprès du Ministère, de leader, d'arbitre et de collaborateur. Les dossiers évoqués portent sur le recrutement des effectifs médicaux, le service à domicile et le transport des bénéficiaires.

A l'inverse, un tiers des représentants ne peuvent citer de dossier important à l'actif du CRSSS. Un autre tiers dégage une perception positive du rôle du CRSSS dans la réalisation évoquée. Les autres opinent que le CRSSS n'est utile qu'à lui-même et au Ministère.

3.4.9 La suppression éventuelle du CRSSS

Seulement trois répondants ont indiqué que la disparition des CRSSS serait une bonne chose, leur CRSSS représentant à leurs yeux un intermédiaire inutile. Les autres n'approuvent pas l'idée ou indiquent que, de toute façon, il faudrait une structure de concertation.

Les répondants s'entendent à dire que ce sont les petits établissements, la population et la région dans son ensemble qui souffriraient de la suppression des CRSSS. On cite quelquefois le

Ministère. La majorité indique qu'il n'y aurait pas de gagnants sinon, pour certains, les gros établissements et les politiciens.

3.4.10 Le CRSSS idéal

Représentants et permanents préconisent un CRSSS plus autonome face au MSSS, une sorte de mini-ministère en région. Les deux groupes voient généralement le CRSSS idéal doté de ses propres pouvoirs de taxation et les permanents insistent sur la nécessité d'une décentralisation budgétaire réelle, de façon à ce que les CRSSS puissent mettre en oeuvre les mandats qu'ils se seraient donnés. Permanents et représentants estiment aussi que le CRSSS idéal accorderait une plus grande attention et un plus grand support technique et humain aux établissements (équipe de recherche, expertise, etc.).

Cependant, les représentants semblent plus attachés à l'image du CRSSS-harmonisateur des contradictions et des conflits entre les établissements. Pour eux, le CRSSS idéal serait capable de réaliser sans heurt l'adéquation entre les ressources disponibles et les besoins des établissements. De leur côté, les permanents rêvent plutôt d'un CRSSS axé sur les réalités et les besoins régionaux.

Permanents et représentants considèrent que les CRSSS devraient être plus accessibles à la population. Sa structure devrait être simplifiée et allégée pour que les gens puissent mieux y participer et y exercer plus de pouvoir. Plusieurs permanents ajoutent même que le conseil d'administration du CRSSS idéal serait constitué de membres élus par la population en général.

3.4.11 La perception générale des centres d'accueil

Les centres d'accueil révèlent une image assez hésitante du CRSSS. Comme dans les autres catégories d'établissements, voire comme dans les petits établissements en général, on note de nombreux thèmes pour lesquels une assez forte proportion de répondants s'avère incapable de fournir une appréciation. Ces mêmes thèmes dégagent par ailleurs une majorité ou une moitié de visions positives, avec une minorité très critique du rôle du CRSSS.

Encore une fois, la question du CRSSS idéal permet aux répondants de faire le bilan de leurs attentes et de leur déceptions face à la réalité perçue du CRSSS actuel. Il s'en dégage une conviction de la nécessité des CRSSS ou, à tout le moins, d'une forme de pouvoir régional beaucoup plus autonome vis-à-vis le Ministère et beaucoup plus proche de la population, avec une insistance particulière sur son rôle par rapport aux établissements.

Ces chatoiements de l'image des CRSSS à travers les différents types d'établissements et de répondants montrent la nécessité d'une analyse transversale, à travers les catégories d'établissements et de répondants, pour mettre en perspective certains aspects d'apparence incertaine ou même contradictoire. Tel est l'objectif du prochain chapitre.

PERCEPTIONS D'ENSEMBLE À TRAVERS LES ÉTABLISSEMENTS

Le chapitre précédent a présenté la vision de chacune des quatre catégories d'établissements du réseau socio-sanitaire par rapport au CRSSS. Le tableau 2 en fait la synthèse. Si cette analyse était nécessaire pour mieux camper les perceptions propres à chaque catégorie, elle parait insuffisante à double titre. D'une part, elle ne souligne pas suffisamment les convergences et divergences entres les diverses catégories; d'autre part, l'intelligibilité de la présentation nous forçait à négliger des opinions qui, pour être minoritaires d'une catégorie à l'autre, pourraient néanmoins représenter d'assez larges consensus à travers le réseau socio-sanitaire québécois. Il se pourrait bien, pour reprendre le vieil adage, qu'ici encore le tout perçu par les établissements soit différent de la somme des parties de perceptions propres à chaque catégorie. Une synthèse des perceptions d'ensemble s'imposait donc; elle fera l'objet du présent chapitre.

Une première partie reprend systématiquement chacun des thèmes d'entretien dans l'ordre où ils ont déjà été présentés pour en dégager des perspectives d'ensemble, de divergence ou de convergence, d'une catégorie d'établissements ou de répondants à l'autre. Dans un second alinéa, nous présenterons la vision d'ensemble qui s'en dégage à l'égard des CRSSS.

TABLEAU 2: Synthèse par catégorie d'établissements

THÈMES	CATÉGORIE D'ÉTABLISSEMENTS			
	CH ET DSC	CLSC	CSS	CA
Les relations MSSS-CRSSS	Pas au courant.	Pas au courant.	Pas au courant	Pas au courant
. L'échange d'information CRSSS-MSSS		MSSS et CRSSS ne sont pas au fait des réalités régionales.	Information insuffisante du MSSS	
. Pouvoir et marge du manoeuvre des CRSSS	Le CRSSS n'a aucun pouvoir et une marge de manoeuvre bien mince.	Le CRSSS est contraint d'obéir aux directives et décisions du MSSS.	Le CRSSS est une direction régionale du MSSS sans pouvoir autonome réel.	Le CRSSS est dépourvu d'autonomie et de marge de manoeuvre face au MSSS.
	Le CRSSS peut influencer, voire renverser des décisions du MSSS et moduler l'application des directives au contextes régional.	Le CRSSS a une marge de manoeuvre étroite et peut avoir un certain pouvoir de représentation auprès du MSSS.	Il ne montre pas de réel volonté d'opposition et de défense des intérêts régionaux.	Le CRSSS a des pouvoirs d'influence, de recommandations et d'adaptation des directives au contexte régional.
Les relations CRSSS-Établissements				
. Relations CRSSS-Établissements en général	On traite de dossiers administratifs avec le CRSSS; on préfère traiter directement avec le MSSS pour les dossiers plus politiques.	Bonnes relations où l'on apprécie le rôle de concertation inter-établissements et d'arbitre du CRSSS.	Le CRSSS se bâtit un pouvoir au détriment des établissements. On maintient les tractations directes avec le Ministère pour les dossiers plus politiques.	Pas de réponses
		Plusieurs établissements s'adressent directement au MSSS pour certains dossiers.		Intermédiaires inutiles qui menace l'autonomie des établissements. Les dossiers politiques se transigent avec le MSSS.

Légende: La très grande majorité; La majorité; La moitié; Une minorité; Répondant; Représentant; Permanent

TABLEAU 2: Synthèse par catégorie d'établissements (suite...)

THÈMES	CATÉGORIE D'ÉTABLISSEMENTS			
	CH ET DSC	CLSC	CSS	CA
Les relations CRSSS-Établissements				
· Relations CRSSS-Établissements en général	Dans la mesure où les établissements sont bien représentés au sein du CRSSS on apprécie son rôle de coordonnateur et son implication dans la répartition des budgets.			Appréciation du support apporté aux actions entreprises par les établissements.
	On se méfie de l'influence du CRSSS. On craint qu'ils ne s'immiscent davantage dans la gestion des établissements, qu'ils empiètent sur leur autonomie.	Les gros établissements, particulièrements les CH, influencent de façon importante le CRSSS.		
LES C.A.R.	Utile, car amène des discussions, de consultation, de concertation.	Forum apprécié de réflexion pour les établissements.	Mécanisme privilégié de communication, de concertation, de planification.	Les permanents des CRSSS contrôlent les C.A.R. et imposent leurs priorités. Les C.A.R. sont un lieu de concurrence, non de concertation.
	On déplore que la permanence du CRSSS et les d.g. de gros établissements y aient trop de pouvoir.	On déplore que la permanence du CRSSS contrôle les C.A.R.	C'est une bonne chose que la permanence du CRSSS contrôle les C.A.R.	

Légende: La très grande majorité; La majorité; La moitié; Une minorité; Répondant; Représentant; Permanent

TABLEAU 2: Synthèse par catégorie d'établissements (suite...)

THÈMES	CATÉGORIE D'ÉTABLISSEMENTS			
	CH ET DSC	CLSC	CSS	CA
L'échange d'information CRSSS-Établissements	Bonne circulation de l'information.	Bonne circulation de l'information en général.	CRSSS et CSS pratiquent largement la rétention d'information.	On fourni au CRSSS le strict minimum et on transfert de l'information directement au MSSS lorsque c'est profitable.
	L'information du CRSSS est en retard, anodine, peu pertinente, intéressante en théorie seulement. De part et d'autre, on retient l'information stratégique.	L'information du CRSSS est saccadée et souvent peu pertinente.	La rétention d'information est surtout l'affaire des établissements.	L'information du CRSSS est souvent peu pertinente inappropriée, incomplète ou opportuniste.
				La situation est satisfaisante.
Les relations CRSSS-Population	Le CRSSS informe peu la population.	Les liens avec la population relèvent des établissements.	Pas prononcée sur le sujet.	La population est suffisamment informée.
			POUR CEUX QUI ONT RÉPONDU:	
			Le CRSSS informe adéquatement la population.	
	Il faudrait que le CRSSS fasse des efforts de ce côté.	Il faudrait que le CRSSS informe davantage la population.	Le CRSSS ne fait pas assez d'effort.	Les CRSSS sont trop éloignés de la population.

Légende: La très grande majorité; La majorité; La moitié; Une minorité; Répondant; Représentant; Permanent

TABLEAU 2: Synthèse par catégorie d'établissements (suite...)

THÈMES	CATÉGORIE D'ÉTABLISSEMENTS			
	CH ET DSC	CLSC	CSS	CA
Le C.A.: Qui a le pouvoir?	Permanents du CRSSS, particulièrement le d.g.. Les C.A.R. également.	La direction et les permanents du CRSSS. Les C.A.R. jouent un rôle important. Les représentants hors-réseau n'ont pas les connaissances et le temps pour infléchir les décisions.	La direction et les permanents du CRSSS. Les C.A.R. joue un rôle important.	La direction et les permanents du CRSSS. Pouvoir excessif des CH. Les membres hors-réseau sont défavorisés.
Rôle du CRSSS p/r aux compressions budgétaires	La première ronde de coupures était justifiée. On ne pouvait faire face à la seconde ronde sans diminuer la qualité et la quantité des soins et services à la population.		Les compressions ont été utiles: meilleure gestion collective et rationalisation des services. Le CRSSS a joué un rôle d'intermédiaire entre MSSS et établissements.	Rationalisation des opérations, meilleure gestion et plus grande sensibilisation des gens aux coûts réels de services.
	Le CRSSS est passé d'un rôle de "bras" du ministère à celui de médiateur entre MSSS et établissements, en défenseur des établissements dans certains cas.	Le CRSSS s'est comporté avec la fermeté d'un gestionnaire: il applique les directives du MSSS. Le CRSSS s'est porté à l'occasion à la défense des établissements.		Les coupures représentent une réorientation de la politique du MSSS face au rôle des CRSSS.

Légende: La très grande majorité; La majorité; La moitié; Une minorité; Répondant; Représentant; Permanent

TABLEAU 2: Synthèse par catégorie d'établissements (suite...)

THÈMES	CATÉGORIE D'ÉTABLISSEMENTS			
	CH ET DSC	CLSC	CSS	CA
Rôle du CRSSS p/r aux compressions budgétaires	Le CRSSS a appuyé les établissements.	Le CRSSS est un médiateur administratif.		Le rôle du CRSSS en est un d'administrateur chargé d'appliquer les directives du MSSS.
	Le CRSSS a agi comme porte-parole autoritaire et directif du MSSS.	Le rôle du CRSSS est minime.		Obliger les établissements à la concertation.
		Le CRSSS a profité de cette période pour s'ingérer dans les affaires des établissements.		Rôle de plus en plus important des CRSSS comme médiateur et négociateur en faveur des établissements.
				Le CRSSS n'a rien fait, si ce n'est favoriser les CH.
Rôle du CRSSS p/r à dossier le plus important initié par un établissement.	Coordonnateur, médiateur efficace et soutien administratif apprécié.	Incapable de répondre.	Incapable de répondre.	Incapable de répondre.
	Palier inutile, stratège malhabile.	Aucun rôle ou un obstacle.	POUR CEUX QUI ONT RÉPONDU:	POUR CEUX QUI ONT RÉPONDU:
			Rôle de coordonateur utile, messager efficace, collaborateur des établissements, sauf dans le dossier des transferts d'effectifs CLSC-CSS.	Rôle de médiateur, de collaborateur.

Légende: La très grande majorité — La majorité — La moitié — Une minorité — Répondant — Représentant — Permanent

TABLEAU 2: Synthèse par catégorie d'établissements (suite...)

THÈMES	CATÉGORIE D'ÉTABLISSEMENTS			
	CH ET DSC	CLSC	CSS	CA
Rôle du CRSSS p/r à dossier le plus important initié par un établissement.		Aucun rôle Rôle positif: animateur, collaborateur, conseiller.		Organisme sans leadership, sans pouvoir réel, loin de la population.
Rôle du CRSSS dans les dossiers initiés hors-réseau	Incapable de répondre à la question.	Incapable de répondre à la question.	Incapable de répondre à la question	Incapable de répondre à la question.
	POUR CEUX QUI ONT RÉPONDU:	POUR CEUX QUI ONT RÉPONDU:	POUR CEUX QUI ONT RÉPONDU:	POUR CEUX QUI ONT RÉPONDU:
	Animateur, collaborateur des groupes et du milieu, porte-parole des groupes auprès des établissements et du MSSS.	Collaborateur utile, médiateur entre les groupes impliqués et le Ministère.	Nuisible, messager du MSSS sans autorité.	Collaborateur des organismes.
			A l'écoute de la population.	Le CRSSS "s'écrase" devant le politique et multiplie les embûches.
	Aucun rôle dans le dossier soulevé.		Absence du CRSSS dans le dossier évoqué.	
Réalisation la plus importante du CRSSS/ Rôle du CRSSS	Médiateur inter-établissements et entre établissements et MSSS, coordonnateur, collaborateur.	Incapable de répondre.	Porte-parole efficace, médiateur, etc.	Porte-parole des établissements, leader, arbitre, collaborateur.
		POUR CEUX QUI ONT RÉPONDU:	Filiale du MSSS sans poids politique; utile qu'au MSSS.	Aucun dossier à citer.
	Il ne se passe rien d'important au CRSSS.	A bien joué son rôle.		Perception positive.
		Rôle négatif: parasite bureaucratique, simple exécutant des volontés du MSSS.		Le CRSSS n'est utile qu'à lui-même et au MSSS.

Légende: La très grande majorité; La majorité; La moitié; Une minorité; Répondant; Représentant; Permanent

TABLEAU 2: Synthèse par catégorie d'établissements

THÈMES	CATÉGORIE D'ÉTABLISSEMENTS			
	CH ET DSC	CLSC	CSS	CA
Suppression du CRSSS	Pas d'accord, mais on veut plus de consultation, moins de gestion des établissements. G Gestionnaires d'empire. P Tous, surtout population et établissements.	Pas d'accord, mais il y a place à l'amélioration. G Fonctionnaires du MSSS. P Le MSSS perdrait un exécutant efficace. La population y perdrait, l'ensemble du réseau.	Pas d'accord. G Gros établissements, MSSS, région 03 et 06A. P Régions périphériques et population en général.	Il faut une structure de concertation. Une bonne chose. G Gros établissements et politiciens. P Petits établissements et population.
CRSSS idéal	Plus de pouvoir en matière de programmation, planification, budgétisation. En concertation avec les établissements. Un CRSSS plus revendicateur face au MSSS, moins bureaucratisé où la population a plus de place.	Plus autonome avec des pouvoirs étendus dans la programmation et la budgétisation. Relations étroites avec les établissements. Ministère régional avec des antennes dans la population. Structure agissant en intermédiaire entre l'Etat, les établissements et la population. Susciter l'intérêt de la population et devenir plus revendicateur face au MSSS.	Plus autonome face au MSSS. Décentralisation des pouvoirs en matière de programmation, de budgétisation et de développement régional. Un leader régional. Un modèle participatif où le CRSSS agit comme responsable de l'animation régionale et de la participation des citoyens.	Plus autonome face au MSSS. Pouvoirs de taxation. Plus grand support aux établissements. Plus accessible à la population. Décentralisation budgétaire réelle. Un c.a. élu.

G: Gagnants P: Perdants

Légende: La très grande majorité, La majorité, La moitié, Une minorité, Répondant, Représentant, Permanent

4.1 LES RELATIONS MSSS-CRSSS

4.1.1 L'échange d'information CRSSS-MSSS

Dans les quatres types d'établissements étudiés, une forte proportion de répondants - permanents ou représentants - s'est déclarée incapable de porter un jugement sur les conditions d'échange d'information entre le Ministre et les CRSSS. Parmi ceux qui se prononcent sur la question, les CSS et les CLSC se montrent plus critiques; les premiers jugent insuffisante l'information transmise aux CRSSS, et les seconds affirment que les CRSSS et le MSSS ne sont pas au fait des réalités régionales. Quand aux centres d'accueil et aux centres hospitaliers, ils prennent pour acquis que l'information circule bien.

4.1.2 Pouvoir et marge de manoeuvre des CRSSS

Les personnes interrogées dans les quatre types d'établissements ne s'entendent pas sur l'importance de la marge de manoeure du CRSSS face au Ministère. Si la plupart pensent que cette marge est "mince", voire inexistante, un certain nombre, d'importance et d'origine variable selon les établissements, croient néanmoins qu'il existe des aires de pouvoir et d'influence non négligeables.

Dans les CLSC et les centres d'accueil, les permanents sont plus enclins que les représentants à reconnaître une certaine autonomie aux CRSSS. La situation inverse se produit dans les centres hospitaliers, où les représentants sont légèrement plus optimistes que les permanents à ce propos. Enfin, dans les CSS, permanents et représentants opinent dans le même sens.

Parmi ceux qui attribuent aux CRSSS une certaine autonomie, les pouvoirs et prérogatives le plus souvent mentionnés paraissent

sensiblement les mêmes d'un intervenant à l'autre: pouvoir d'influence et de recommandation auprès du MSSS pour amener certaines décisions ou en faire changer d'autres, latitude dans l'application des directives pour les adapter au contexte régional, une certaine liberté dans l'attribution des budgets. On note cependant une différence notable entre les centres hospitaliers et les CSS. Certains répondants des premiers croient qu'il est possible aux établissements de s'appuyer sur le CRSSS et de faire front commun pour défendre les intérêts régionaux; dans les CSS, on déplore plutôt l'absence d'une telle volonté de défense des intérêts régionaux de la part des CRSSS.

4.2 LES RELATIONS CRSSS-ÉTABLISSEMENTS

4.2.1 Les relations CRSSS-Établissements en général

Dans l'ensemble, les répondants affirment traiter les dossiers plus "administratifs" avec le CRSSS (coordination, attribution de budgets, planification, etc.). Sauf exception dans les CLSC, tous préfèrent traiter directement avec le MSSS dès qu'il s'agit de dossiers plus "politiques", tels l'attribution de nouveaux budgets, les décisions majeures d'immobilisations, etc.

Par ailleurs, on observe, à propos des relations CRSSS-établissements, un clivage entre d'une part, les CSSS et les centres d'accueil, et, d'autre part, les CLSC et les centres hospitaliers.

Dans les CSS et les centres d'accueil se profile un discours de méfiance à l'endroit du CRSSS; on craint qu'il ne s'ingère dans le fonctionnement des établissements et ne menace leur autonomie.

Dans les centres hospitaliers, une telle crainte ne se retrouve que dans le discours des permanents; les représentants

émettent au contraire une opinion positive à l'égard du CRSSS. Enfin dans les CLSC, permanents et représentants sont en général positifs à l'égard du rôle de coordination et de conciliateur des CRSSS.

4.2.2 Les commissions administratives régionales (C.A.R.)

Dans les CLSC, CSS ou centres hospitaliers, permanents et représentants se sont montrés généralement positifs à l'égard des C.A.R. On apprécie notamment le rôle de mécanisme de consultation, de concertation et de planification inter-établissements des C.A.R. et on se montre généralement satisfait de leur fonctionnement.

Quelques critiques se font néanmoins entendre parmi les permanents des CLSC, envers le contrôle que la permanence des CRSSS exercerait sur les C.A.R., et parmi les représentants des centres hospitaliers, envers la grande influence des directeurs généraux de gros établissements sur les C.A.R., et donc sur les CRSSS.

Toutefois, ces critiques n'atteignent jamais le degré d'insatisfaction qui émane du discours des permanents et des représentants des centres d'accueil. Chez ces derniers, une majorité de répondants croit qu'on devrait repenser la formule des C.A.R. pour élargir leur composition au-delà des établissements. On estime que, dans leur formule actuelle, les C.A.R. sont un milieu où la concurrence inter-établissements prime sur la prise en considération des intérêts régionaux et sur une répartition équitable des ressources. On reproche aussi le manque de substance des débats au sein des C.A.R., ainsi que le contrôle exercé par les permanents du CRSSS sur les C.A.R.

4.2.3 L'échange d'information CRSSS-établisements

A ce propos, l'impression générale est à l'effet que l'information circule bien entre l'établissement et le CRSSS. Toutefois, on observe un certain nombre de critiques dans divers établissements et particulièrement chez les répondants des centres d'accueil qui, dans leur majorité, notent des éléments négatifs.

Ainsi, on reproche à l'information descendante - i.e. des CRSSS vers les établisements - d'être souvent en retard (surtout les données informatisées), peu pertinente, incomplète et inappropriée aux besoins des établissements. La plupart des répondants croient aussi que les CRSSS pratiquent une certaine forme de filtrage de l'information, évitent de communiquer des éléments qui pouraient susciter de nouvelles demandes ou des réactions indésirables de la part des établissements.

Quant à l'information ascendante, les établissements pratiqueraient eux aussi une certaine forme de manipulation de l'information. Ils transmettraient l'information aux CRSSS sur demande seulement et demeureraient discrets de façon à éviter des questions indésirables ou des problèmes. Enfin, le CRSSS serait maintenu hors-circuit pour les dossiers "chauds", c'est-à-dire plus politiques, pour lesquels on s'adresserait directement au MSSS.

4.3 LES RELATIONS CRSSS-POPULATION

A l'exception des CSS où l'opinion est partagée, la majorité des répondants considère que les CRSSS s'occupent suffisamment d'informer la population. Dans les CLSC, on ajoute même que l'information de la population est d'abord et avant tout une responsabilité des établisse-

ments et qu'il serait inapproprié pour les CRSSS de s'impliquer davantage dans ce domaine.

Toutefois, la moitié des répondants des CSS tombe d'accord avec la minorité des autres établissements pour opiner que les CRSSS pourraient faire plus pour informer la population, comme par exemple publiciser les nouveaux services offerts.

4.4 LES CONSEILS D'ADMINISTRATION DES CRSSS

En ce qui concerne la perception des établissements au sujet des conseils d'administration des CRSSS, l'opinion est quasi unanime: ce sont principalement les permanents et le directeur général des CRSSS qui ont le plus de pouvoir sur les conseils d'administration.

Un assez bon nombre de répondants soulignent cependant le rôle prépondérant joué par les C.A.R. dans la prise de décisions. Par ailleurs, des répondants de plusieurs établissements portent une appréciation sur le rôle joué par les membres hors-réseau siégeant sur le conseil d'administration du CRSSS: leur apport serait fort limité, à cause de la difficulté pour un non-initié de maîtriser suffisamment les dossiers, souvent fort techniques, pour influencer le processus de prise de décision. On critique donc leur manque de préparation, voire leur "incompétence", et certains vont même jusqu'à déplorer que leur présence prive les établissements d'un représentant supplémentaire au sein du conseil.

4.5 LES COMPRESSIONS BUDGÉTAIRES

Permanents et représentants scindent en deux temps la période des compressions budgétaires. Il y a d'abord eu une première ronde de

coupures entre 1980 et 1984, période caractérisée par un meilleur contrôle des dépenses, une rationalisation des services et opérations et une meilleure gestion collective des ressources du réseau. De l'avis de la majorité, cette première ronde de coupures était justifiée et nécessaire. Les répondants des centres d'accueil et des CLSC croient en outre qu'elle a sensibilisé les gens et permis l'ajustement des services aux besoins réels de la population; elle aurait aussi entraîné une remise en question des programmes et des plans de développement et une répartition plus équitable des budgets. Pour leur part, les répondants des CSS, des centres hospitaliers et des DSC considèrent qu'elle a amélioré le rendement et la productivité des établissements.

Par contre, la seconde ronde de coupures à partir de 1984 est perçue presqu'à l'unanimité par les permanents et les représentants des établissements comme une période beaucoup plus pénible et négative. Elle aurait engendré des contraintes auxquelles les établissements ne pouvaient faire face: déficits accrus, dégradation du climat de travail causée par une accumulation de frustrations et d'anxiété au sein du personnel, disparition ou détérioration de certains services offerts à la population, etc. Dans les centres d'accueil, les permanents estiment que ces compressions budgétaires remettaient en question de façon fondamentale la politique de décentralisation du MSSS et, par voie de conséquence, le rôle du CRSSS.

Les répondants des quatre types d'établissements partagent l'idée que les CRSSS ont exercé, au début des compressions, un rôle de gestionnaire administratif ferme qui appliquait les directives du MSSS et agissait comme son porte-parole. Il aurait amené les établissements à identifier leurs besoins, à élaborer un ordre de priorités pour chaque région, à se fixer des échéanciers de réalisation et à se répartir équitablement les budgets. Son rôle de médiateur et de négociateur entre le MSSS et les établissements se serait cependant accentué avec

le temps. Dans certains cas, il serait devenu le portre-parole des établissements afin de convaincre le MSSS de changer ses décisions. Quelques fois, ses démarches auraient porté fruit et des fonds auraient été réinjectés dans les régions suite à ses représentations. Cependant dans tous les établissements, les permanents jugent que, malgré ses efforts pour défendre les dossiers régionaux, le CRSSS n'avait pas de réel pouvoir pour s'opposer au MSSS et contrer ses décisions de compression.

Enfin, une minorité de répondants estiment que les CRSSS n'ont rien fait qui vaille durant cette période, soit parce que les établissements transigeaient directement avec le MSSS ou à l'inverse, que les CRSSS en ont profité pour s'ingérer dans les affaires des établissements (CLSC); soit parce que les CRSSS privilégiaient les centres hospitaliers au détriment des autres catégories d'établissements (centres d'accueil).

4.6 PERCEPTION DES ÉTABLISSEMENTS DU DOSSIER LE PLUS IMPORTANT INITIÉ PAR UN ÉTABLISSEMENT

Chez les représentants rencontrés, le taux de réponse à cette question est de 50% dans le cas des CLSC, CSS et centres d'accueil. Il est de près de 100% pour les représentants de centres hospitaliers. Chez les permanents le taux avoisine 90% pour toutes les catégories d'établissements. Parmi ceux qui ont relevé un dossier important, l'origine de ce dossier est soit l'établissement où oeuvre le répondant, soit un groupe d'établissements de même type de la région dans le cas des CLSC, des centres d'accueil et des CH. Dans le cas des répondants des CSS, la majorité des dossiers relevés proviennent d'un ou plusieurs CH de la région.

Quant au rôle des CRSSS dans ces différents dossiers, il convient de distinguer la perception qu'en ont en général les répondants des CH et des centres d'accueil de celle des répondants des CLSC et des CSS. Pour près de la moitié de ces derniers, les CRSSS ne jouent aucun rôle dans les dossiers relevés. Les autres répondants des CLSC et des CSS se partagent également: la moitié considère le CRSSS inutile, parasite, alors que l'autre moitié le décrit comme un organisme administratif utile, collaborateur et conseiller des établissements. Chez les répondants des centres d'accueil et des CH moins de 10% des répondants ont indiqué que le CRSSS n'avait joué aucun rôle dans leur dossier. Son rôle est perçu positivement par plus de la moitié des répondants de ces deux types d'établissements. Le conseil régional est alors décrit comme un collaborateur des établissements, un médiateur entre ceux-ci et le Ministère. Enfin, le tiers de ces répondants perçoivent le rôle du CRSSS négativement et décrivent ce dernier comme n'ayant aucun poids politique, comme une boîte aux lettres inefficace, un organisme malhabile dans ses relations avec la population.

4.7 LA PERCEPTION DES ÉTABLISSEMENTS D'UN DOSSIER INITIÉ HORS-RÉSEAU

Les taux de réponse à cette question sont sensiblement les mêmes, de l'ordre de la moitié, tant pour les représentants que les permanents. Seuls les représentants des centres d'accueil ont un taux de réponse de l'ordre de 75%.

Deux thèmes de dossiers sont relevés par plusieurs répondants: l'implantation de CLSC et les services aux personnes handicapées physiquement ou mentalement. L'implantation de CLSC est un thème repris par plus du quart des répondants. Seuls ceux des CSS n'ont pas relevé de dossier sur ce thème. Les services aux personnes handicapées représentent également le quart des réponses. Ce sont les répondants des CSS qui l'ont abordé le plus souvent.

Quant au rôle du CRSSS, 25% de l'ensemble des répondants disent qu'il en a joué aucun relativement à leur dossier. On lui attribue un rôle négatif dans moins de 20% des cas. Il est alors décrit comme compliquant les choses, représentant du Ministère mettant des bâtons dans les roues. Enfin, plus de la moitié l'ont jugé positivement, surtout dans les centres d'accueil et les centres hospitaliers; collaborateur des organismes, médiateur entre ces derniers et les établissements ou le Ministère, conseiller (obligatoire diront certains), sont les termes utilisés le plus souvent.

4.8 LA PERCEPTION DES ÉTABLISSEMENTS DE LA RÉALISATION LA PLUS IMPORTANTE DU CRSSS

Chez les représentants rencontrés, le taux de réponse est d'environ 60% pour ceux des CLSC et des centres d'accueil et de près de 100% pour ceux des centres hospitaliers et des centres de services sociaux. Chez les permanents le taux est de près de 100% pour tous les types d'établissements. Par ailleurs un petit nombre de répondants disent que le CRSSS n'a aucune réalisation importante à son actif. Parmi les réalisations importantes des CRSSS, un premier thème revient plus souvent que les autres: le transfert des effectifs CSS-CLSC. Cette réalisation des CRSSS, initiée en fait par le Ministère, a été citée par près de 20% des répondants, essentiellement ceux des CLSC et des centres de services sociaux. Un second thème important est celui du recrutement et de la planification des effectifs médicaux. Les répondants des CH sont ceux ayant abordé le plus fréquemment ce thème alors qu'un seul des répondants des CSS l'a soulevé.

La réalisation la plus importante du CRSSS n'a pas toujours le CRSSS comme initiateur. Ce n'est le cas que pour environ la moitié des réalisations mentionnées. Le tiers de celles-ci ont pour origine le

ministère de la Santé et des Services sociaux. Environ 10% proviennent des établissements et 5% directement de la population.

Quant à la manière dont le CRSSS a effectué cette réalisation jugée la plus importante, les avis sont partagés. Pour plus de la moitié des répondants le CRSSS est perçu positivement. Les répondants des CLSC et des centres d'accueil sont ceux qui perçoivent le plus souvent positivement le CRSSS. Les représentants des CH, mais surtout les représentants et permanents des CSS sont ceux qui le jugent le plus négativement. Pour les 60% des répondants qui perçoivent positivement le CRSSS, les qualificatifs les plus souvent employés sont: médiateur inter-établissements, médiateur entre les établissements et le Ministère, collaborateur administratif des établissements,informateur des établissements et coordonnateur. Les qualificatifs négatifs les plus souvent employés sont: parasite inutile, exécutant du Ministère, organisme peu soucieux de l'autonomie des établissements, organisme sans aucun poids politique. A noter que moins du cinquième des répondants ont jugé négativement la performance du CRSSS dans la réalisation la plus importante soulevée. Enfin une minorité de répondants indiquent que le CRSSS est d'abord et avant tout utile au Ministère, qu'il joue le jeu du Ministère et qu'il est incapable de jouer un rôle quelconque sans s'appuyer sur le Ministère.

4.9 LA SUPPRESSION ÉVENTUELLE DU CRSSS

La très grande majorité des répondants, tant chez les permanents que les représentants ne sont pas d'accord avec l'idée de supprimer les CRSSS. Du même souffle cependant, et cela se confirme à la section sur le CRSSS idéal, on souhaite un CRSSS différent, amélioré par rapport à la situation actuelle.

De façon générale on considère que les gagnants, dans l'hypothèse de suppression des CRSSS, se situeraient du côté des gros centres hospitaliers, des politiciens, des régions centrales et du MSSS. Paradoxalement ce dernier figure aussi au nombre des perdants pour plusieurs répondants, surtout chez les permanents. A noter également que la très grande majorité des répondants, dans tous les types d'établissements, indiquent que ce sont les régions et la population qui souffriraient le plus de la disparition des CRSSS.

4.10 LE CRSSS IDÉAL

Dans le discours des représentants et des permanents des établissements sur le CRSSS idéal, deux désiderata font l'unanimité: décentralisation des pouvoirs et participation accrue de la population.

Ainsi, le CRSSS idéal serait beaucoup plus autonome face au MSSS. La majorité des répondants estiment qu'il serait libre de fixer les objectifs à atteindre pour sa région et disposerait de pouvoirs étendus en matière de programmation, de planification et de budgétisation des équipements et services. C'est dans les centres d'accueil et les centres hospitaliers que l'on retrouve le plus de répondants réclamant pour les CRSSS des champs de taxation propres et un conseil d'administration élu par la population. Par contre c'est dans les CLSC et les centres d'accueil qu'on parle davantage d'une évolution souhaitable vers une structure de mini-ministère en région, agissant en tant qu'intermédiaire entre l'État, les établissements et les citoyens.

D'autre part, la majorité des répondants s'entendent à dire que le CRSSS idéal impliquerait davantage la population dans son fonctionnement. Par exemple, trois types d'établissements sur quatre croient que plus de personnes hors-réseau devraient siéger sur les conseils d'administration des CRSSS, certains évoquant la possibilité

de rémunérer ces personnes pour s'assurer, de leur part, une meilleure participation et une plus grande compétence. Des permanents, ceux des CSS et des centres d'accueil sont les plus nombreux à vouloir un CRSSS basé sur un modèle participatif, avec des membres des conseils d'administration élus par la population. De cette façon, pensent-ils, les CRSSS seraient mieux enracinés dans leur région et répondraient mieux aux besoins de la population.

Une bonne part des répondants de trois types d'établissements sur quatre insistent sur le travail d'harmonisation, de concertation et de soutien que le CRSSS idéal ferait auprès des établissements. Plus à l'écoute de ces derniers, le CRSSS idéal agirait en complémentarité avec eux et ferait une meilleure adéquation entre ressources disponibles et besoins des établissements. Il assurerait la coordination et la concertation, contribuerait à aplanir les conflits à l'intérieur du réseau et fournirait un soutien technique et des ressources humaines pour la recherche de solutions plus adaptées au besoin du milieu. Les représentants des centres hospitaliers sont plus nombreux à souligner que cela devrait se faire sans que les CRSSS s'ingèrent dans la gestion interne des établissements.

On estime donc que, pour améliorer les CRSSS et se rapprocher un peu plus de l'idéal, plusieurs changements seraient nécessaires. Premièrement, il faudrait une clarification des rôles entre les CRSSS et le MSSS et une redistribution des pouvoirs au profit des régions; deuxièmement, une amélioration des relations entre les CRSSS et les établissements s'impose; troisièmement, mais cette fois le consensus est beaucoup moins important, un accroissement de la participation et de l'implication de la population dans les CRSSS, particulièrement au sein des conseils d'administration, afin d'assurer une meilleure adéquation des services et des décisions aux besoins réels.

4.11 PERSPECTIVES D'ENSEMBLE

Dans l'analyse des perceptions des établissements, on constate que les avis se rejoignent sur plusieurs points, particulièrement sur le devenir souhaité pour les CRSSS. Il n'en demeure pas moins des différences marquées selon la provenance des personnes interrogées.

Ainsi, les petits établissements et les CSS tendent à craindre l'ingérence des CRSSS dans leur gestion en partie semble-t-il, parce qu'ils ont eu moins de poids que les gros établissements pour s'opposer aux mesures de restrictions budgétaires orchestrées par les CRSSS. Ces mêmes petits établissements n'en apprécient pas moins la "protection" que leur apportent les CRSSS, à la fois contre un MSSS qui a eu récemment tendance à leur couper les vivres, et contre les plus gros établissements qui veulent s'accaparer la plus grosse part du gâteau lors de la répartition des budgets. Par exemple dans les CSS, les représentants insistent particulièrement sur le caractère positif du contrôle exercé par les permanents des CRSSS sur les C.A.R., parce qu'il favoriserait l'objectivité dans les décisions et contribuerait à enrayer la trop grande infuence des plus gros établissements. En bref dans les petits établissements, on craint l'ingérence des CRSSS, mais on n'en apprécie pas moins le bouclier qu'ils représentent par rapport au Ministère et aux gros établissements.

Ces derniers apprécient également la protection du CRSSS, et redoutent moins son ingérence incontrôlable; ils dégagent un sentiment de sécurité et de contrôle relatif des orientations du CRSSS et se pensent capables d'utiliser cette structure pour confronter le MSSS. Le cas échéant, on pourra toujours passer par-dessus le CRSSS, si son support fait défaut, et s'adresser directement au MSSS.

Par ailleurs, des contradictions intéressantes semblent émaner du discours des différents répondants. Ainsi dans leur description du CRSSS idéal, les quatre types d'établissements souhaitent généralement une plus grande décentralisation administrative, dans le but implicite de rapprocher la source de pouvoir de leur région. On désire donc des CRSSS plus indépendants du MSSS, avec plus de pouvoir en matière de programmation, de planification et de budgétisation. Par contre, un grand nombre des répondants de trois types d'établissements sur quatre disent craindre l'ingérence des CRSSS dans la gestion des établissements. Voudrait-on des CRSSS contrôlés par les établisements?

D'autre part, environ le quart des répondants des quatre types d'établissements voudraient une meilleure représentation des hors-réseau au sein des conseils d'administration des CRSSS. Ces répondants déplorent la mince représentativité de ceux-ci au sein des conseils et dénoncent l'absurdité de travailler à offrir des services à une clientèle dont on ne connaît pas l'opinion. Certains proposent même la rémunération des membres des conseils d'administration afin d'encourager les hors-réseau à faire partie de ces conseils. Cependant le souhait d'une plus grande participation des hors-réseau vient en contradiction flagrante avec le jugement fort sévère porté par ces mêmes répondants sur la performance actuelle des hors-réseau dans les conseils d'administration des CRSSS. On ne peut donc que rester perplexe devant leur vision d'un CRSSS "idéal" qui leur ferait une plus grande place.

Ces deux axes de définition du CRSSS idéal peuvent sembler entrer en contradiction avec les éléments de méfiance à l'égard du pouvoir des CRSSS ou l'idée, souvent émise dans les sections précédentes, que les relations avec la population relèvent plutôt des établissements. Mais il n'y a peut-être pas contradiction. Ces éléments indiquent sans doute que les répondants seraient, dans l'ensemble, prêts à faire face

à un CRSSS doté de pouvoirs étendus, véritable mini-ministère régional d'une part, et ouvert à la taxation et à la participation de la population (et donc "sujet politique") d'autre part. Le rêve est celui d'une autorité régionale décisionnelle, dotée de financement autonome et sujette au débat démocratique. Cette interprétation semble d'ailleurs confirmée dans les réponses ayant trait aux relations entre le CRSSS idéal et les établissements.

A première vue, cette image du CRSSS, et particulièrement celle du CRSSS idéal, ne diffère guère de la vision que les CRSSS ont montrée d'eux-mêmes au chapitre deux. Avant de faire un examen plus systématique de cette question, il parait approprié d'étudier la perception d'acteurs souvent évoqués dans ces deux images: les hors-réseaux. C'est l'un des objectifs du prochain chapitre.

LA VISION DES "AUTRES"

Les chapitres précédents ont présenté la perception que se font des CRSSS les membres les plus familiers du réseau socio-sanitaire: cadres et représentants du CRSSS lui-même et des différents types d'établissements ont aligné leurs sentiments respectifs quant à la mission et à la performance des CRSSS dans leurs rapports avec les établissements, la population et le Ministère.

On a ainsi pu constater certains consensus et des divergences entre les types d'acteurs et d'établissements pour l'un ou l'autre de ces éléments. Certaines opinions minoritaires tranchent aussi par leur originalité ou leur vigueur. Néanmoins, et en dépit des divergences les plus fortes, il se dégage de ce tableau général une nette impression d'"intimité" entre les acteurs concernés. Seuls les représentants semblent assez souvent mal-à-l'aise au sein de cette culture dominante et éprouvent des difficultés sérieuses à participer au discours organisationnel.

Ce malaise assez fréquent des répondants les plus "marginaux" du réseau socio-sanitaire vient confirmer l'une des orientations de départ de cette recherche; il montre les limites d'une étude de perception trop centrée sur les seuls acteurs du réseau et sanctionne le projet d'une enquête plus générale, ouverte sur des intervenants externes. Nous

avons, à cette fin, considéré trois types d'acteurs externes: les leaders régionaux susceptibles d'utiliser le CRSSS pour faire avancer certains dossiers, les organismes centraux de représentation des intérêts professionnels ou institutionnels et, finalement, les autorités ministérielles au plus haut niveau hiérarchique. Les deux premières catégories sont externes au réseau socio-sanitaire en ce sens qu'elles se situent dans sa périphérie, la troisième, sont les échelons hiérarchiques supérieurs du Ministère, dans ce sens qu'ils lui sont superposés. L'objectif du présent chapitre est de présenter la vision de ces "autres" acteurs, partenaires de la décentralisation de l'Etat québécois en matière de Santé et de Services sociaux.

Ce projet n'allait pas sans difficultés sérieuses de réalisation, dont les principales portent, selon les catégories d'acteurs, sur l'identification des répondants ou sur la définition d'"une" grille d'entretien qui, tout en étant systématique et alignée le plus possible sur celle qui fut utilisée pour les chapitres précédents, correspond aux préoccupations de ces "autres" répondants, souvent fort disparates. A cause de leur spécificité, la nature exacte de ces embûches et des moyens mis en oeuvre pour y faire face seront précisés pour chacune des catégories de répondants dans le cours même de ce chapitre. Leur ampleur doit cependant déjà nous inciter à beaucoup de prudence et de modestie quant aux résultats atteints et quant à leur interprétation.

Nous traiterons, dans l'ordre, des leaders régionaux, des organismes de représentation et des autorités ministérielles.

5.1 LEADERS RÉGIONAUX ET HORS-RÉSEAUX

5.1.1 L'approche

La première difficulté concernant cette catégorie de répondants porte sur sa définition même: qu'est-ce qu'un leader régional? Qu'est-ce qu'un acteur ou intervenant hors-réseau? Si on perçoit assez bien l'idée générale, il demeure difficile de passer au stade de l'identification et du choix des répondants: un député? un maire influent, un leader socio-communautaire bien connu, une personne impliquée dans les organismes bénévoles?

L'un de nos objectifs étant de déterminer si de tels personnages tendent à utiliser, à ignorer ou à combattre le CRSSS pour faire avancer des dossiers importants à leurs yeux, nous étions davantage intéressés par les leaders et représentants des groupes populaires ou communautaires que par les maires et les députés; ceux-ci disposent déjà d'une base de pouvoir institutionnalisée et leur intervention autour du CRSSS, pour n'être pas négligeable, paraissait moins révélatrice que celle des groupes dénués d'une telle base de pouvoir. En effet, la réaction de ces derniers à l'égard des CRSSS (et l'attitude du CRSSS à leur endroit) apparaît comme déterminante pour le type d'orientation stratégique que se donne finalement tel ou tel CRSSS à l'intérieur des zones de manoeuvre et des imprécisions du mandat défini par la loi et souligné en introduction: représentation de l'administratif ou représentation du politique? Cette préférence, ou plutôt cette attente à l'égard des rapports entre CRSSS et leaders ou groupes socio-communautaires, ne représentait toutefois pas un rejet des maires, députés ou autres leaders institutionnels comme base d'enracinement des CRSSS et source de répondants hors-réseaux pour les fins de notre enquête.

En effet, sur le plan méthodologique, c'est habituellement dans le cours des entretiens avec des membres de l'organisation que l'on peut le mieux identifier les leaders informels non inscrits dans les documents officiels: la consigne était donc d'être très attentif à l'émergence de tels noms dans le cours des entretiens avec les répondants du CRSSS et des établissements pour déterminer finalement, quel maire ou député, quel leader socio-communautaire ou acteur hors-réseau utilisait parfois le CRSSS comme forum, tribune ou autre dans l'avancement de ses dossiers. En cas de déception, force était de s'enquérir directement auprès des répondants quant à l'existence de tels leaders gravitant autour du CRSSS à l'occasion d'un ou plusieurs dossiers.

Par ailleurs, dans certaines régions disposant d'une forte tradition de revendication, la littérature spécialisée et les média d'information représentaient, à leur tour, des moyens d'identification de certains noms de leaders régionaux ou intervenants hors-réseaux. Nous espérions ainsi recueillir deux ou trois entretiens avec des personnes de cette catégorie par région, soit environ vingt-cinq répondants pour l'ensemble du Québec.

Les résultats ont été décevants, avec seulement seize répondants dans l'ensemble du Québec, deux régions n'enregistrant aucun répondant et trois régions en comptant trois chacune. Parmi ces seize répondants, seulement quatre peuvent être considérés comme des leaders régionaux et douze apparaissent comme des intervenants hors-réseaux sans assise populaire ou institutionnelle très large. La grande majorité de ces personnes possèdent une expérience antérieure dans le réseau socio-sanitaire ou le réseau de l'Education et pilotent des dossiers reliés à la santé et aux services sociaux au sein de leur organisme. Trois maisons de femme, trois organismes voués à l'aide aux handicapés, trois organismes scolaires sont ainsi présents, à côté de trois députés.

On ne sera pas étonné, avec un échantillon aussi disparate, de la difficulté d'uniformiser les entretiens, de bien situer les informations particulières les plus significatives et d'en interpréter le sens. De toutes manières, la grille d'entretien initiale n'avait pas été conçue pour ce type de répondants; elle visait d'abord le réseau et parlait le langage de celui-ci. Il était par contre difficile de s'en éloigner sans tomber dans le particularisme à outrance et perdre d'importants éléments de comparabilité des perceptions. Là encore, l'effort et la sagacité des enquêteurs, c'est-à-dire, leur subjectivité propre, colore fortement les résultats obtenus.

Nous reviendrons, en conclusion à cette section, sur l'impact de toutes ces difficultés dans l'interprétation des résultats. Au préalable, il semble avenu de préciser la nature de ceux-ci et de présenter la vision des CRSSS telle qu'elle se dégage des entretiens avec cette catégorie de répondants.

5.1.2 La perception

La présentation même de la perception pose certains problèmes, qu'il importe d'esquisser brièvement afin d'éviter toute interprétation hâtive ou mystificatrice. Certains répondants ont pu répondre à l'ensemble des éléments de la grille d'entretien alors que d'autres ne surent exprimer d'avis que sur quelques éléments. Le thème le plus discuté a été celui du pouvoir et du rôle du CRSSS, dans le cadre de ses relations avec le Ministère d'une part et les établissements d'autre part avec treize répondants sur seize.

D'autre part, les termes de "majorité" ou de "minorité" ne doivent pas non plus abuser le lecteur: ils refèrent toujours à la proportion de personnes qui se sont effectivement prononcées sur la question. Par exemple, il faut lire que la "majorité" des treize per-

sonnes qui se sont prononcées sur le rôle du CRSSS ont estimé qu'il se limitait à tel élément, qu'une forte minorité, toujours parmi ces treize, estimait plutôt le contraire. Comme pour certaines questions le nombre réel de répondants ne dépasse pas quatre, il faut donc effectuer, de ces résultats, une lecture très prudente.

5.1.2.1 Les relations CRSSS-MSSS

Pour les leaders régionaux et hors-réseaux, le CRSSS est considéré comme une succursale du MSSS et, en même temps, un organisme au service des établissements.

Par rapport au MSSS, certains répondants attribuent au CRSSS un rôle uniquement bureaucratique d'exécutant. Au mieux pourrait-il, à partir des grandes lignes directrices définies par le MSSS, veiller à ce que celles-ci s'adaptent aux besoins de sa région.

Le CRSSS n'interviendrait auprès du Ministère que si la pression du milieu est assez forte. De toutes façons, croit-on, l'intervention du CRSSS auprès du MSSS n'a un sens que dans la mesure où les organismes et les individus sont représentés au sein du CRSSS. Car de lui-même, le CRSSS ne cherche pas à faire modifier les orientations du MSSS.

Les répondants pensent aussi que le MSSS peut renverser une décision du CRSSS; à l'inverse, si le CRSSS exerce des pressions pour faire modifier une décision du MSSS, cette démarche ne donnera pas grands résultats, car on ne peut changer la loi et la décision finale reviendra toujours au Ministre.

Un répondant affirme par contre que le MSSS prend presque toutes ses décisions (à 95%) à partir des recommandations des

CRSSS. Ceci justifie le commentaire d'un autre répondant qui croit que le CRSSS s'aligne beaucoup plus souvent sur les positions du MSSS qu'il ne s'y oppose.

En fin de compte, les répondants, sauf une exception, pensent que le CRSSS ne dispose d'aucune marge de manoeuvre réelle. En bout de ligne, il devra toujours appliquer les directives du Ministère.

5.1.2.2 Les Relations CRSSS-Établissements

5.1.2.2.1 Relations générales

Pour la majorité des répondants, les permanents du CRSSS viendraient en contact avec la direction des établissements par l'entremise des commissions administratives régionales. Un répondant ne partage toutefois pas cette opinion et estime que le CRSSS entretient plutôt ses contacts avec le MSSS, au détriment des établissements. On souligne aussi les relations privilégiées existant entre le CRSSS et les hôpitaux. Les petits établissements ne bénéficieraient pas de la même attention.

Dans la situation actuelle, les répondants perçoivent plutôt une lutte de pouvoir entre les établissements et le CRSSS. Les établissements peuvent faire appel à deux niveaux de pouvoir, soit au CRSSS ou, s'ils n'obtiennent pas ce qu'ils veulent, au MSSS. Pour éviter cette situation, le CRSSS s'enfermerait dans une véritable tour d'ivoire pour définir seul ses orientations; il ne consulterait qu'après coup les autres instances. De leur côté, les établissements continueraient à estimer plus importantes leurs relations avec le MSSS. Le CRSSS conserve cependant une certaine autorité sur

les établissements parce qu'il peut s'opposer directement au CA d'un établissement.

Enfin, on reproche au CRSSS de prendre des décisions qui affectent les établissements sans les consulter suffisamment.

5.1.2.2.2 Les conférences administratives régionales

Les répondants livrent en général une image positive des C.A.R. sauf en ce qui concerne le contrôle qu'y exerceraient les permanents des CRSSS. Elles représenteraient un moyen de stimuler la réflexion au niveau des CRSSS, d'amener ceux-ci à prendre en considération les besoins des établissements et les gens du milieu. Les CAR sont vues comme des tables de concertation ayant pour objectif d'établir des priorités régionales, de les faire accepter et de répartir les budgets le plus équitablement possible. Par contre, les usagers qui y participent seraient minoritaires et n'auraient pas tellement de pouvoir. Les CRSSS auraient besoin des CAR d'une part, comme porte d'entrée pour communiquer avec les établissements, afin de réaliser efficacement son rôle et, d'autre part, pour déblayer le terrain: réalisation d'études en vue de déterminer les meilleurs systèmes de planification et les orientations à prendre.

A l'inverse, une faible mais virulente minorité critique largement les C.A.R. Elle les associe à un palier administratif soumis à l'hégémonie gouvernementale. Leur rôle se limiterait à élaborer des programmes régionaux au bénéfice du MSSS et à appliquer les directives de ce dernier. Deux personnes affirment enfin que les commissions sont contrôlées soit par le conseil d'administra

tion, lui-même contrôlé par le directeur général du CRSSS, soit directement par le directeur général du CRSSS.

5.1.2.2.3 Le CRSSS dans le réseau socio-sanitaire après la loi 27 (1981)

Certains répondants hors-réseau ne voient pas de changement depuis l'avènement de la loi 27 alors que d'autres perçoivent une évolution nette, mais lente des CRSSS. On assiterait ainsi à une décentralisation accrue, non seulement du MSSS vers le CRSSS mais aussi du CRSSS vers les établissements. Quelques répondants pensent qu'il y a une coïncidence entre un début de dialogue CRSSS-établissements et la venue de la Loi 27. Le CRSSS prendrait de plus en plus de décisions relatives à la planification régionale. Il aurait plus de pouvoir, particulièrement dans le développement d'initiatives spécifiques. Il serait aussi plus agressif et plus interventionniste qu'avant l'adoption de la loi 27.

L'opinion des autres répondants hors-réseau sur l'évolution du CRSSS et l'impact de la loi 27 varie entre le refus d'exprimer son avis, l'opinion qu'il n'y a rien de changé depuis l'arrivée des CRSSS et la vision d'une plus grande ouverture du CRSSS sur l'extérieur: échanges plus libres et plus grandes possibilités de communication avec la population, les établissements et le MSSS.

5.1.2.4 Les relations CRSSS-Population

D'après les répondants, seul s'intéressent au CRSSS les professionnels de la santé intégrés dans le réseau, les gestionnaires du rése au et les représentants des organismes bénévoles. En bref, ce sont ceux qui ont besoin de ses services. Selon un répondant, la population n'est pas intéressée à s'impliquer dans le CRSSS

parce que ce dernier ne lui donne pas de responsabilités et parce qu'il se situe trop loin de l'action. On doute que le CRSSS soit vraiment intéressé à se faire connaître de la population et soit à l'affût de nouveaux mécanismes pouvant susciter la participation de celle-ci.

En ce qui a trait à l'information vers la population, elle viserait surtout à faire connaître des services; les répondants hors-réseau la qualifient d'insuffisante et d'inefficace. En outre, elle ne serait pas de nature à rendre explicite le rôle joué par le CRSSS et les établissements du réseau, ni la manière de s'en servir.

La majorité des répondants estime qu'il faut arracher l'information aussi bien au CRSSS qu'au Ministère ou dans les établissements, ou bien y disposer d'antennes efficaces. On dénonce aussi un certain hermétisme de langage, plus adapté aux professionnels et établissements qu'à la population. Pour certains, ni le CRSSS ni la population ne sont d'ailleurs intéressés à informer et à être informé.

On estime aussi très majoritairement que les organismes communautaires et les groupes socio-économiques ne sont pas suffisamment représentés au CRSSS. La communication serait donc insuffisante entre le réseau socio-sanitaire et les associations. En conséquence, le CRSSS ne serait pas très utile aux usagers et ne leur apporterait pas vraiment d'aide quant aux possibilités d'action. On craint en outre qu'il tente de normaliser les pratiques et de contrôler les modes d'interventions des groupes bénévoles. On croit même que le CRSSS peut aller jusqu'à s'opposer à la population sous la pression d'un établissement.

La loi 27 aurait affecté uniquement la composition formelle du Conseil d'administration et n'aurait pas suffi à assurer

une représentation adéquate des banlieues, des sous-régions ou des organismes communautaires. Les administrateurs des CRSSS et des établissements manqueraient d'intérêt pour les préoccupations des groupes socio-communautaires et n'écouteraient pas le point de vue de leurs représentants avant de prendre des décisions qui les concernent.

Cependant, une minorité de répondants pense, au contraire, que le CRSSS assure de façon efficace la représentation des organismes bénévoles au sein du conseil d'administration et défend leurs intérêts auprès du MSSS. Ces personnes estiment que le CRSSS cherche à se rapprocher de la population et accroître son leadership régional.

Une autre divergence a trait à l'efficacité du CRSSS dans le traitement des plaintes. Certains l'estime suffisante, bien que les gens n'aient pas encore appris à se plaindre des services qui leur sont offerts. D'autres considèrent le CRSSS et son mode actuel d'intervention comme inutile pour traiter des plaintes: il serait plus efficace s'il opérait comme un ombudsman. Finalement, un répondant ignorait même qu'il soit possible d'adresser ses plaintes au CRSSS.

5.1.2.5 Les conseils d'administration

C'est presque à l'unanimité que les répondants estiment les conseils d'administration manipulés par la permanence des CRSSS, et particulièrement par le directeur général. L'existence même des conseils d'administration serait en cause, puisque les directives proviennent de la permanence et qu'il ne resterait aucune marge de manoeuvre. Même le pouvoir des conseils d'administration des établissements s'en trouverait fortement hypothéqué: leurs membres n'ont ni le

temps ni l'énergie ou les ressources pour évaluer et préparer les politiques des commissions, par exemple.

Ces éléments poseraient le problème des rapports entre la gestion d'une part, et le palier politique de décision d'autre part; les gestionnaires décideraient seuls de politiques concernant les usagers, mais les excluant, eux et leurs représentants, du processus.

Un seul répondant semble d'accord avec cette situation; il considère que chaque direction générale devrait choisir son conseil d'administration lui-même. Il ajoute qu'il est déplorable que la loi 65 (1971) oblige une représentativité de différents groupes sur les conseils d'administration d'établissements.

Un dernier répondant suggère que l'élection des membres des CA soit faite au suffrage universel. Enfin, on estime que c'est le président et le directeur général qui inspirent le plus la confiance au sein des CA.

5.1.2.6 Les compressions budgétaires

A l'exception d'un répondant, l'avis général est que le CRSSS n'a rien fait si ce n'est d'appliquer les directives du MSSS. On lui attribue donc un rôle avant tout administratif, caractérisé par certains de conciliateur. Un répondant déclare: "l'approche du CRSSS a été de sensibiliser les établissements à une rationalisation de services". Selon d'autres, le CRSSS aurait joué un rôle autoritaire auprès des établissements. De façon générale, on reproche au CRSSS d'avoir axé ses interventions sur la rationalisation et la distribution de budgets, au détriment de la qualité des services.

5.1.2.7 Le dossier le plus important traité au CRSSS

RÉALISATION LA PLUS IMPORTANTE DU CRSSS

Onze répondants hors-réseau ont identifié une réalisation comme la plus importante du CRSSS. Neuf dossiers ont ainsi été identifiés:

- l'amélioration du recrutement de médecins ou d'effectifs médicaux (2 répondants)

- l'avancement du dossier sur le regroupement pédiatrie et obstétrique (2 répondants)

- la "sectorisation", ou l'inventaire des ressources dans les 8 secteurs de DSC

- l'analyse des possibilités de fusion MRC-CLSC

- l'implantation d'un CLSC dans un sous-secteur

- la définition de nouvelles orientations par le CRSSS

- la mise sur pied d'un programme de services à domicile pour personnes âgées et handicapées

- l'élaboration d'un programme d'intégration des personnes handicapées

- la prévention du suicide.

Le CRSSS a été l'initiateur de sept de ces onze interventions dont une fut réalisée en collaboration avec le centre hospitalier et un groupe de femmes, et un autre avec la coopération des fonctionnaires du MSSS. Une chambre de commerce, des travailleurs sociaux et le Ministère ont été les initiateurs des autres dossiers. On ignore l'origine d'un dossier.

De façon générale, les répondants considèrent que le CRSSS a été utile dans ses interventions auprès des établissements et du MSSS. Il aurait joué un rôle de promoteur de la "régionalisation", de porte-parole de la région auprès du MSSS pour l'obtention de budgets, de coordonnateur, de sensibilisateur, d'initiateur de dossier, de médiateur et de collaborateur vis-à-vis les comités de bénévoles.

Le CRSSS aurait donc représenté un apport pour le milieu et en particulier pour la population ou pour la clientèle-cible. Sans le CRSSS, bon nombre de ces projets n'auraient pas vu le jour. Il aurait même parfois agi au détriment de ses propres politiques pour le plus grand intérêt du milieu. Seulement deux répondants ne partagent pas cette opinion et croit que le CRSSS a été plus utile au MSSS qu'au réseau des affaires sociales qu'aux usagers. D'autres critiquent la lourdeur et la lenteur du travail d'administration du CRSSS. En outre, le CRSSS se montrerait autoritaire avec les établissements afin de parvenir à prendre des décisions.

5.1.2.8 Dossier le plus important initié par un établissement

Nous n'avons que très peu de données sur le dossier le plus important initié par un établissement, car la majorité

des répondants hors-réseau n'ont fourni aucune réponse à cette question. Seulement trois dossiers émergent, dont l'un concerne un centre psychiatrique, un autre, une demande de garanties relatives à la protection des minorités et un dernier la réalisation d'un "inventaire" des handicapés physiques de la région.

Les répondants sont satisfaits de l'intervention du CRSSS dans seulement un des trois dossiers: pour celui-ci le CRSSS aurait joué un rôle de collaborateur et aurait favorisé l'octroi de budgets. En ce qui concerne les deux autres dossiers, le CRSSS n'aurait "rien" fait.

5.1.2.9 Le dossier le plus important hors-réseau

Six dossiers initiés hors-réseau ont été mentionnés:

- la création d'un comité action-santé
- le développement d'un centre santé pour femmes
- l'élaboration d'un programme de logement
- la réinsertion d'un client dans un centre d'accueil
- la création d'un centre de services intégrés
- la création d'un centre d'accueil pour déficients mentaux

L'initiateur de ces dossiers va d'un individu à un groupe représentant une partie de la population, soutenu, dans certains cas, par le CRSSS. Le rôle du CRSSS varie selon les dossiers et les

régions. Dans certains cas, le conseil régional a soutenu financièrement l'organisme; dans d'autres cas, il a été absent du dossier; enfin dans d'autres situations, il a agi de façon autoritaire vis-à-vis de l'établissement. En général, il semble que son rôle ait été, avant tout, d'ordre administratif. Un répondant accuse: "c'est la politique d'aide à tout le monde pour ne pas se mettre les organismes à dos, mais finalement il n'aide pas personne". En dehors de ce commentaire, une bonne partie des répondants pensent que le CRSSS a été un collaborateur et un médiateur pour les établissements et la population. Dans l'ensemble, on juge donc l'intervention du CRSSS comme positive.

5.1.2.10 Et si le CRSSS disparaissait?

Pour un répondant, si le CRSSS disparaissait, il n'y aurait pas grand changement pour la population, sinon des coûts réduits grâce à la suppression du dédoublement des structures administratives. Pour un autre répondant, le CRSSS est nécessaire; en cas de disparition, il faudrait un autre organisme de coordination pour le remplacer.

Les gagnants de la suppression du CRSSS seraient les établissements. Les répondants estiment en effet qu'elle conférerait plus d'autonomie aux établissements, particulièrement aux gros établissements.

Par contre, la suppression des CRSSS pénaliserait surtout la population des petits centres et le Ministère, lequel aurait moins de facilité à contrôler les établissements.

5.1.2.11 Le CRSSS idéal

Pour la plupart des répondants, le CRSSS devrait développer davantage son rôle de médiateur entre les établissements et avec le MSSS. On aimerait qu'il axe son intervention sur la planification et la coordination des services en région. Pour ce faire, on voudrait que des études soient faites afin de déterminer les priorités de la région en matière de services.

Quelques répondants souhaitent en outre que le CRSSS s'implique davantage dans des programmes de prévention. On désire aussi qu'il effectue une surveillance et un contrôle accrus de la qualité des services offerts par les établissements.

Par ailleurs les répondants expriments certaines propositions pour améliorer les relations du CRSSS avec sa région. On propose une accentuation de la coopération et l'avènement d'une collaboration étroite entre le MSSS, le CRSSS, les établissements et la population. On voudrait, par exemple, que le CRSSS s'occupe danvatage des minorités et qu'il assure de manière plus efficace leur représentation. Un répondant suggère la présence d'un ombudsman dans le réseau des Affaires sociales, une publicisation accrue des plaintes et un durcissement des moyens d'intervention ou de pression en cas de récidive d'un établissement. Finalement, un répondant exprime le besoin de recevoir des cours de formation afin de mieux connaître le CRSSS.....

Pour les leaders régionaux et les hors-réseaux, le CRSSS idéal serait le plus démocratique possible, avec un conseil d'administration élu en suffrage universel. Il serait plus ouvert sur la communauté et plus à l'écoute des groupes et des individus, dont il assurerait une plus grande représentativité. Il représenterait un intermédiaire entre le MSSS et la région, exerçant une influence sur le

MSSS au lieu d'être simplement son serviteur administratif et politique. On imagine un CRSSS puissant, agissant comme un centre de coordination, assurant une répartition équitable des services, une recherche et une planification adéquate pour l'avenir. Ce serait un CRSSS mieux connu de la population, qui l'informerait davantage sur les services qu'il offre et qui jouerait un rôle de coordination important.

5.1.3 Synthèse et appréciation

Il est au moins un élément de fond sur lequel les répondants hors-réseaux rejoignent nettement la majorité des acteurs des CRSSS et des établissements (et notamment les représentants), celui du changement de ton entre l'appréciation générale et les jugements plus spécifiques, à l'aide de dossiers précis.

Le jugement d'ensemble paraît négatif, parfois même virulent; néanmoins, dans la rubrique des dossiers précis traités au CRSSS, quelqu'en soit l'initiateur, l'appréciation se fait plus nuancée et même assez souvent carrément positive.

Les CRSSS seraient-ils tombés dans le piège du politicien-gestionnaire, à qui on peut difficilement faire un reproche sur un point précis, mais qui ne passe pas la rampe en termes d'image et de capacité de communiquer avec la population, et qui ne sera pas réélu?

Nous avons déjà souligné à quel point sont hasardeuses les conclusions que nous pouvons tirer des résultats épars du présent chapitre. Néanmoins, lorsque ces résultats confirment des lignes de force des chapitres antérieurs, on peut légitimement croire qu'ils ont des chances d'être assez exacts.

Plusieurs éléments reviennent dans ce chapitre, qui confirment un certain déracinement des CRSSS dans la région et dans la population: outre le problème général d'image, on note la circulation de l'information, le langage ésotérique, et l'inconfort stratégique d'une situation d'intermédiaire sans pouvoir entre d'une part le Ministère et les établissements et, d'autre part, entre les établisements et la population. Certains échos hors-réseaux confirment la difficulté pour le CRSSS de jouer la carte de la population et de ses besoins par rapport à celle du réseau et de ses politiques. Malgré là encore une insatisfaction certaine, on est surpris par des coups de chapeau à l'un ou l'autre CRSSS, qui auraient su prendre le parti de la population à un moment donné ou l'autre.

Dans l'ensemble, la vision des hors-réseaux affirme la nécessité d'un organisme régional et même infra-régional pour endiguer les tendances technocratiques aussi bien des établissements que du Ministère lui-même. Cet organisme pourrait même être de nature politique plutôt qu'administrative. Cette interprétation contraste fortement avec celle des organismes centraux, que nous abordons dans la prochaine section.

5.2 LA VISION DES ORGANISMES CENTRAUX DE REPRÉSENTATION

5.2.1 L'approche

Après avoir dégagé les perceptions des différentes catégories d'acteurs sur le plan régional, il semble nécessaire d'aborder les CRSSS à travers des organismes centraux, tant en ce qui a trait à leur rôle et à leur pouvoir qu'à la nature des relations qu'ils entretiennent avec les régions.

A cet effet, des entretiens ont été réalisés auprès des associations d'établissements et des principaux regroupements de médecins. Bien que d'autres organisations professionnelles aient été approchées, force a été de constater que leurs réflexions à l'endroit des CRSSS n'en étaient qu'à l'état embryonnaire. De ce côté, les CRSSS ne semblent guère capter l'attention!

Les répondants appartenant aux associations d'établissements ont, quant à eux, fait preuve d'une connaissance assez précise des CRSSS pour qu'il nous soit possible d'utiliser une grille d'entretien similaire à celle qui avait été retenue lors de la réalisation des entrevues dans les régions. De fait, leur capacité à porter des diagnostics généraux et des jugements sur des dossiers précis des CRSSS paraît souvent plus développée que celle de nombre de répondants des établissements ou des CRSSS eux mêmes (notamment représentants et hors-réseaux). Seuls des aménagements mineurs on dû être effectués à la grille:

- moindre insistance sur l'identification et l'analyse de dossiers régionaux;

- mise en parallèle des CRSSS et des associations quant à leurs rôles respectifs, à leur utilité ou à leur efficacité.

Des modifications plus substantielles ont toutefois dû être apportées à la grille d'entretien lorsque nous avons rencontré les regroupements de médecins. Les entretiens ont alors emprunté un cours moins formel et se sont concentrés sur les thèmes essentiels de la recherche, renonçant du même coup à une grille qui apparaissait trop structurée pour recueillir les commentaires des principales organisations médicales: la F.M.O.Q., la F.M.S.Q. et la Corporation professionnelle des médecins du Québec.

Un autre mise en garde s'impose: dans la mesure où les opinions exprimées constituent un amalgame de positions officielles, officieuses et même strictement personnelles, il est difficile - voire même hasardeux - d'associer les visions qui se dégagent des entretiens aux organismes ou associations auxquels appartiennent les répondants. Néanmoins, ces perceptions apparaissent révélatrices des éléments de continuité et de rupture dans le discours des organismes centraux sur les CRSSS.

Ainsi, certains des organismes qui s'étaient opposés à la constitution d'organismes régionaux dotés de pouvoirs réels et qui, ainsi, avaient contribué à l'"impuissance" des CRSSS, s'appuient sur le caractère non décisionnel des CRSSS pour en réclamer encore aujourd'hui la suppression. D'autres souhaitent tout simplement que les CRSSS disparaissent avant d'obtenir trop de pouvoirs: on s'accomoderait à la limite d'un retour à la situation des années 1970, lorsque les CRSSS n'étaient que des "clubs littéraires" ou des organismes essentiellement consultatifs. D'autres enfin se sont résignés: les CRSSS ne sont pas l'idéal mais il est possible d'en faire quelque chose et de composer avec eux. Il suffirait que leurs mandats soient mieux définis et que s'établisse une délimitation plus précise des rôles et des pouvoirs entre le MSSS, les établissements, les professionnels et les CRSSS.

Nos essaierons donc de faire ressortir les points de convergence mais aussi les clivages les plus significatifs entre les perceptions exprimées par les différents organismes centraux.

5.2.2 La perception

5.2.2.1 Le rôle des CRSSS

La vision des organismes centraux en ce qui a trait au rôle des CRSSS varie selon qu'elle se concentre sur les liens des CRSSS avec le MSSS, avec les établissements ou encore avec la population. Elle se module aussi en fonction des dossiers dans lesquels les CRSSS ont été impliqués, de gré ou de force. L'insistance sur tel ou tel aspect du rôle des CRSSS est donc une question de perspective: l'accent sera tantôt placé sur la dimension consultative de ce rôle, tantôt sur ses aspects autoritaires. Parfois les CRSSS seront perçus comme les boucliers du ministre et, dans le même mouvement, comme une arme susceptible d'être retournée contre ce dernier. On les qualifiera de simples exécutants tout en pointant du doigt certaines de leurs initiatives. Le rôle des CRSSS se prête donc aux interprétations les plus diverses.

5.2.2.1.1 Le rôle des CRSSS face au Ministère

De manière générale, c'est sous cet angle que l'on aborde la question du rôle principal des CRSSS. Pour certains, l'application des normes et des directives du MSSS s'effectue de manière purement mécanique. Les CRSSS sont encore perçus comme les exécutants des décisions du Ministère. Plus encore: celui-ci ne confie aux CRSSS que des petites "jobines" administratives et de concertation. Le caractère ultra-centralisé du processus de décision dans le réseau des Affaires sociales ne laisse aux CRSSS qu'un rôle de fonctionnaire suppléant à l'incapacité actuelle du MSSS d'effectuer une certaine régulation du réseau sur une base régionale.

D'autres interviewés confirment la prépondérance de ce rôle, sans toutefois l'envisager sous l'angle d'un rapport unilatéral: pour les associations du secteur social, les CRSSS appliquent certes mais assurent en même temps la transposition régionale des décisions du MSSS. A cet égard, leur analyse des besoins régionaux et leurs recommandations font figure d'input dans le réseau, ce qu'un interviewé croit cependant conforme au désir du MSSS d'être influencé par les régions. Porte-parole du MSSS, les CRSSS sont donc aussi perçus commes les porte-parole des établissements. Un autre interviewé reconnaît même que certains dossiers ont vu les CRSSS se transformer en groupe de pression cherchant à infléchir le MSSS. Sans grand succès, à vrai dire!

Le dossier des compressions budgétaires en est un exemple cuisant. En dépit des représentations effectuées auprès du MSSS, les CRSSS n'ont pu, en définitive, que "regarder le train passer"[1] et "distribuer des peanuts" à certains établissements[2]. Mais ils ont quand même dû encaisser les coups à la place du Ministre, à qui ils servent de "bumpers politiques". Le mouvement oscillatoire qui rapproche les CRSSS tantôt du MSSS, tantôt des établissements, joue en effet le plus souvent en faveur du Ministre.

---

1 Preuve ultime: un interviewé rappelle que les CRSSS ont été exclus de la tournée entreprise par l'ex-ministre Guy Chevrette pour tenter de remédier aux problèmes liés à la sous-budgétisation des établissements.

2 Le rôle qu'ont pu jouer les CRSSS au niveau de l'allocation des budgets de développement est présenté comme peu important puisque cette forme de péréquation infra-régionale ne pouvait compter que sur des budgets marginaux en comparaison du montant global attribué au secteur de la santé.

Cette perception est largement partagée. Les organisations médicales parlent ainsi des CRSSS en termes de "fronts" et d'écrans protecteurs du MSSS, celui-ci tirant profit de la tendance au conformisme imposée au réseau en vertu du jeu des nominations politiques. Les CRSSS ne peuvent parler trop fort à celui qui les nourrit, dira aussi un répondant d'une association d'établissements tandis qu'un autre les envisagera comme autant de soupapes pour libérer le trop-plein de tensions politiques: puisque la présence des CRSSS empêche la transmission directe des problèmes au MSSS, celui-ci peut se concentrer sur la définition des orientations globales du réseau.

Bien que ralliant la majorité des répondants, cette dernière affirmation est toutefois loin d'être évidente. Se pose toujours la question de l'abitrage entre les différentes catégories d'établissements ou entre les établissements d'une même catégorie. Certains jugent en effet les CRSSS incapables de remplir ce rôle: trop faibles pour échapper aux pressions exercées par les établissements les plus puissants et trop vulnérables pour résister aux conflits inter-établissements, les CRSSS ne peuvent intervenir qu'au risque de se faire des ennemis[1]. Pour les associations du secteur social, toutefois, le rôle des CRSSS n'est pas à chercher du côté de l'arbitrage inter-établissements mais bien au niveau de la représentation auprès du MSSS des résultats de cet arbitrage régional qu'effectuent entre eux les établissements. C'est sans doute par référence à ce rôle qu'on affirme que la présence des CRSSS a contribué à

---

1 Cette perception est nettement plus marquée du côté des associations du domaine sanitaire, tant au niveau des associations médicales que d'établissements.

la dépolitisation des débats et rendu les décisions moins vulnérables aux pressions politiques.

De manière générale, les associations d'établissements considèrent qu'il ne revient pas aux CRSSS d'assurer la représentation des intérêts de leurs membres tandis que les corps médicaux insistent sur le maintien de réseaux d'influence parallèles qui rendent caduc ce rôle des CRSSS. Tous s'entendent cependant pour réclamer une clarification des rôles respectifs du MSSS et des CRSSS. Même les interviewés les plus indulgents admettent en effet que seule cette délimitation précise du champ d'action des CRSSS permettra à ceux-ci de poursuivre avec succès leurs efforts en matière d'adaptation régionale des orientations définies nationalement.

5.2.2.1.2 Le rôle des CRSSS face aux établissements

Le rôle des CRSSS dans la concertation régionale apparaît plus net lorsque l'on considère leurs rapports avec les établissements. Des rapports de force surgissent du fait des structures mises en place en vue d'assurer une consultation minimale des établissements et à cause de l'accroissement des mandats - et des moyens confiés aux CRSSS pour réaliser une planification qui tienne compte des besoins de services exprimés; ces rapports de force animent la dynamique régionale et provoquent la confrontation des intérêts divergents des différents établissements. Idéalement, ils devraient se résorber, pusique la réalisation des objectifs régionaux repose sur la cohérence des interventions et la complémentarité inter-établissements.

Cependant, ce passage d'une situation de lutte pour la défense d'intérêts particuliers au jeu de la coopéra-

tion régionale est loin d'être automatique: l'action concertée des établissements - surtour des établissements de catégories différentes - fait même plutôt figure d'exception. Dans cette situation, comment les CRSSS peuvent-ils faire émerger des concensus pour définir et mettre en oeuvre des plans d'action et permettre l'amélioration des services socio-sanitaires régionaux?

Les organismes médicaux considèrent que les CRSSS n'y sont pas parvenus. La faiblesse - voire même l'absence - des mécanismes de consultation de l'ensemble des intervenants hypothèque les chances des CRSSS de contribuer à la diffusion d'un modèle fondé non sur la concurrence des intérêts mais sur la collaboration. On souligne ainsi l'incapacité structurelle des CRSSS d'établir une certaine pondération des intérêts des établissements de taille ou de poids différents. Comment un CRSSS peut-il astreindre un super-établissement à vocation régionale à renoncer à ses prérogatives au profit d'une participation à des structures n'ayant somme toute que peu de pouvoirs décisionnels?

Il y a certes la manière forte: un répondant déclare en effet que certains directeurs généraux de CRSSS jouent aux petits caporaux ou même au ministre en région! C'est sur un ton impératif qu'ils s'adressent aux établissements, ce qui expliquerait l'investissement plus marqué des petits établissements - ou des établissements les plus vulnérables.

Le caractère "obligatoire" de la participation aux structures établies par les CRSSS est ainsi interprété comme la traduction de la situation de dépendance - financière surtout - des petits établissements. Tandis que les établissements du secteur sanitaire peuvent fonctionner en relative autonomie, ceux du secteur social jugent qu'il est important d'être "chum" avec "son" CRSSS.

Puisque le rôle accru du CRSSS dans l'allocation des ressources budgétaires en fait de véritables Pères Noël, mieux vaut s'assurer d'être présent lors de la distribution des cadeaux[1].

Une autre association envisage plutôt la participation de ses membres comme une manière de "ne pas se faire avoir": présence dictée par la nécessité, qui n'a rien à voir avec la recherche d'une plus grande concertation inter-établissements. Présence peut-être aussi dictée par la crainte de voir les CRSSS envahir tout le champ des services sociaux: il faut alors limiter les dégâts et intervenir avant l'éviction complète.

Ces considérations nous amènent de plus à comprendre l'attitude généralement négative des "exclus" à l'endroit des structures participatives régionales. Les médecins reprochent aux CRSSS de n'avoir pas cherché à les associer plus directement. Certains souhaitent être plus présents mais, dans l'ensemble, on considère que les chances de voir quelque chose de bon émaner de ces structures sont minces, voire même inexistantes: les participants n'y décident que par échanges de bons procédés et la composition des différentes commissions et conseils d'administration se traduit par un "in-breeding" peu susceptible de favoriser une véritable discussion des enjeux régionaux.

Les associations d'établissements - particulièrement celles du secteur social - sont moins sévères que les organisations médicales. Elles croient en effet souhaitable que se poursuive entre pairs cette discussion. Le talent des CRSSS aura en

---

1 On souligne d'ailleurs l'intérêt de l'expérience de décentralisation de la gestion budgétaire en Estrie et au Saguenay-Lac St-Jean, expérience qui confèrerait plus de pouvoir aux CRSSS de ces régions.

effet été de trouver une table où asseoir tous ces gens et de mettre en place la structure qui devait abriter le processus de conciliation inter-établissements. Un "forum pour les établissements", dira un interviewé tandis qu'un autre parle des CRSSS comme autant de salles de réunions qu'il souhaite d'ailleurs encore plus ouvertes.

On trouve cependant qu'il y a du sable dans l'engrenage. Car bien que les CRSSS aient réussi - en partie, du moins - à sensibiliser chaque catégorie d'établissements à la concertation, ils ne sont pas vraiment parvenus à mettre en relation les établissements de catégories différentes. A ce niveau, c'est encore la compétition qui prime et le plus fort qui règne. Il faut alors "faire preuve de lucidité" et admettre que la résorption des conflits ou des clivages inter-établissements s'inscrit dans un lent processus de transformation de la mentalité des gestionnaires.

Les CRSSS auraient donc été les "bâtisseurs d'une culture-réseau", culture qui tarde néanmoins à s'imposer. Peut-être est-ce parce que les établissements n'ont pas encore suffisamment creusé leurs problèmes pour ressentir la nécessité d'une coordination régionale! "On n'a pas encore assez souffert", dit un répondant d'une organisation médicale, ce qui est une manière d'imputer à "l'immaturité" du réseau les carences dans l'organisation et la distribution des services socio-sanitaires.

Ce même interviewé ajoute que les CRSSS ne sont d'aucune façon en mesure d'accélérer la maturation de cette réflexion du réseau: puisqu'ils n'ont aucun pouvoir pour triompher des multiples autonomies en présence, les CRSSS perpétuent la fragmentation des interventions et servent d'aube aux élus politiques; pour leur part, ces derniers auraient peur de prendre leurs responsabilités tant

face aux établissements que vis-à-vis des médecins. C'est le triomphe de l'inertie!

Les associations d'établissements n'endossent pas le constat de ce répondant. Des progrès ont bel et bien été enregistrés au chapitre de la concertation régionale mais c'est surtout aux établissements et au développement de leur "conscience collective" qu'il faut en imputer le mérite. Ainsi, la réunion et la confrontation des établissements au sein des commissions administratives sont peut-être paralysantes, du point de vue de la permanence des CRSSS, mais fructueuses au niveau de la responsabilisation des établissements dans la recherche des solutions aux différents problèmes régionaux. On souhaite d'ailleurs que les CRSSS se limitent à la surveillance - et non au contrôle - de ces commissions: si les CRSSS sont incapables de faire confiance à la qualité des mécanismes d'arbitrage mis en place, ils ont peu de chances de rallier les établissements.

Les CRSSS ont donc un rôle d'évaluation mais ils ne peuvent le mener à terme qu'en prenant leurs distances par rapport aux établissements. Toute évaluation est impossible - ou douteuse - si les CRSSS s'associent trop directement aux établissements. Cette même logique incite d'ailleurs les associations d'établissements à revendiquer le retrait des CRSSS du domaine de la distribution de certains services à la population (e.g. Urgence Santé) et de la gestion des services commun (informatique, achats de groupe, buanderies, etc.). Un interviewé voit cependant un certain avantage à ces interventions: "ça leur met les pieds sur terre et leur montre ce que c'est que de donner des services". Un autre réplique que les CRSSS devraient "lâcher les ambulances et laisser les hôpitaux assurer la gestion du service" mais se concentrer sur la surveillance de la qualité de celui-ci.

L'immixtion de plus en plus marquée des CRSSS dans la gestion de services est donc mal perçue par les associations d'établissements. Certaines avouent n'être guère convaincues que la décentralisation territoriale ait, à ce niveau, été préférable à une décentralisation par catégorie d'établissements: on a ainsi assisté à un morcellement de la capacité d'achat des établissements de même qu'au développement de plans d'informatisation régionaux qui se sont avérés inadéquats en regard des besoins spécifiques de chaque catégorie d'établissements. Selon un interviewé, les CRSSS auraient sans doute mieux à faire que de s'occuper des buanderies tandis qu'un autre déplore la tendance de certains CRSSS à placer sous leur gérance immédiate les mécanismes de coordination des ressources et des services. Tous y voient une entrave à l'autonomie des établissements et à leur capacité de gestion.

Par-dessus tout, l'exacerbation naît du fait que les CRSSS ne jouissent souvent que d'un pouvoir de recommandation auprès du MSSS, ce qui les confirme dans leur conviction qu'ils représentent les établissements de leur région et, par là, les intérêts de la population. A la limite, dira un interviewé, la somme des CRSSS est censée être équivalente à la nation (sic). Pure illusion à vrai dire puisque les associations d'établissements prétendent elles-aussi à cette mission! Seuls les "dispensateurs de services" - et non une structure administrative telle les CRSSS - seraient susceptibles de développer une connaissance réelle des besoins de la population.

Chacun tire donc la couverture de son côté et invoque, en bout de ligne, ses reponsabilités à l'endroit de la population. Le rapport entre les CRSSS et les établissements est donc dans un équilibre instable. Tantôt le poids des établissements réduira presque à néant le rôle des CRSSS. Tantôt la permanence de ces derniers parviendra à s'imposer ou à se donner le beau rôle: certains

CRSSS profiteraient ainsi des cours de formation des membres des conseils d'administration pour redorer leur image et pour contrôler, à travers ces derniers, les directeurs généraux des établissements. Encore une façon de prendre à partie la population puisque ce sont les représentants de celle-ci aux conseils d'administration qui, dit-on, s'avèrent les plus sensibles à ce type de propagande.

5.2.2.1.3 Le rôle des CRSSS face à la population

C'est autour des mandats relatifs à la participation, à l'information, à la réception et au traitement des plaintes que s'organise la vision des organismes centraux en ce qui a trait au rôle des CRSSS à l'endroit de la population. Mais puisque celle-ci constitue un enjeu que se disputent tant les CRSSS que les différentes catégories d'établissements, les associations nationales ne sont guère enclines à reconnaître un degré quelconque d'efficacité des interventions des conseils en faveur de la prise en charge par la population des services socio-sanitaires.

Bien sûr, les CRSSS ont tenté, par divers moyens, de susciter la participation. Un interviewé considère toutefois qu'il ne s'agit là que d'un souci hérité de la période "granola" des années 1970. Les organismes centraux - qu'ils regroupent des établissements ou des médecins - insistent d'ailleurs sur le caractère illusoire de cette assimilation entre d'une part une implication plus marquée de la population dans la définition des besoins et, d'autre part, les formes dans lesquelles la participation a été encadrée. L'accroissement de la représentation de la population au niveau des différents conseils d'administration n'a certes pas eu les effets escomptés.

D'une part, cette forme de participation aurait eu de nombreux "effets pervers". Ainsi, les organismes centraux soulignent qu'elle a entraîné une dilution des pouvoirs des conseils d'administration, auxquels le MSSS n'accorde désormais aucune importance. Pour les regroupements de médecins, le jeu des nominations politiques fait qu'en bout de ligne, c'est toujours le gouvernement qui décide. Une association d'établissements se limite à dire des conseils d'administration qu'ils ne sont qu'une fiction tandis qu'une autre affirme qu'aucune mesure n'a été appliquée pour permettre aux représentants de la population d'y être efficaces, ce qui a entraîné le développement de permanences chargées d'alimenter - et ainsi d'orienter - les décisions des conseils d'administration.

De plus, la présence de la population n'est qu'une manière de se leurrer sur la démocratisation du réseau: on a en fait assisté à une consolidation du pouvoir des permanents - des établissements et des CRSSS -, à qui la composition actuelle des conseils concède un poids déterminant. Certains interviewés se demandent d'ailleurs en quoi le remplacement des permanents par la population serait-il synonyme d'une plus grande intelligence des conseils d'administration dans la compréhension des problèmes du réseau et des décisions à prendre. On affirme de plus, de manière un peu candide:

> "Le seul avantage, c'est que la présence de représentants de la population sur les conseils d'administration rappelle aux directeurs généraux qu'ils sont là pour le monde. Ça les ramène sur terre: ils ne peuvent plus se permettre d'ignorer ce à quoi ils servent".

Les gestionnaires du réseau auraient donc besoin de se faire rappeler que la population devrait être leur préoccupation première! Plus encore: l'évaluation des besoins de cette

population - que le réseau se plaît à fragmenter en différentes clientèles - et les façons de leur répondre ne sont envisagées par les associations d'établissements qu'à travers toute une série de considérations d'ordre technocratique. La solution des problèmes rencontrés par les "clientèles" ne semble ainsi reposer que sur la compétence des gestionnaires comme si, une fois acquise, celle-ci rendait presque immédiate la satisfaction des attentes de la population.

Quant aux producteurs hors-réseau qui, par leur existence même, expriment le décalage entre ces attentes et les réponses offertes par le réseau, un interviewé souhaite les voir s'institutionnaliser et systématiser leurs actions. Si la population veut exercer une quelconque influence sur les technocrates du réseau, les groupes qui en émanent devront accepter l'intégration au réseau et les préoccupations relatives à la gestion des services.

Ce même interviewé croit par ailleurs que les CRSSS devraient informer encore davantage, même si seule une partie de la population est susceptible d'être intéressée. Trop de confusion subsiste en ce qui a trait aux rôles respectifs des différents établissements, de telle sorte que ceux qui souhaitent pourtant exprimer leurs attentes se découragent à force de frapper à la mauvaise porte. Les autres associations d'établissements se demandent à quoi bon demander aux CRSSS de remplir cette tâche qui revient d'abord aux établissements.

Ce sont aussi les établissements et les corporations professionnelles qui, dans les faits, s'occupent du traitement des plaintes. Pour les médecins, il est bien qu'il en soit ainsi: la Corporation sait en effet faire preuve de sévérité à l'endroit de ses membres qui, de toute manière, préfèrent voir leurs actes contrôlés par des pairs. De plus, sur quelle base les CRSSS pour-

raient-ils évaluer la qualité des actes médicaux? Les médecins rejoignent ainsi certains interviewés des établissements qui se demandent comment, en l'absence d'une définition des normes de qualité et d'évaluation des services, les CRSSS peuvent contribuer de manière significative à l'amélioration de ces derniers. Les CRSSS n'ont d'ailleurs aucun pouvoir d'enquête: ils doivent s'en remettre à la "collaboration" des établissements.

Différents problèmes se posent alors: dans la mesure où les CRSSS sollicitent la participation des établissements pour accroître leur légitimité, ils ne peuvent se permettre d'exercer trop de pression sur un établissement qui tarde à apporter des correctifs ou même à faire enquête au sujet d'une plainte. Si on voulait vraiment assurer la défense des intérêts des bénéficiaires, mieux vaudrait, selon un interviewé, confier cette responsabilité à un ombudsman. Autre alternative: structurer l'action des consommateurs de services et s'assurer de l'existence de programmes de contrôle de la qualité pour chaque unité de production de services[1].

D'ailleurs, ce rôle des CRSSS peut être en contradiction avec d'autres aspects de leurs responsabilités. L'implication des CRSSS au niveau de la distribution des services crée un conflit d'intérêt puisqu'ils y sont alors juges et parties. De plus, ce rôle est difficilement conciliable avec le maintien souhaité de relations amicales avec les établissements puisqu'il oblige les CRSSS à "agir comme des polices".

---

1 Deux interviewés des établissements préconisent en effet la mise sur pied d'un service qui, à l'instar du Conseil canadien d'agrément, veillerait au respect des normes et en ferait une condition préalable à l'accréditation ou au renouvellement des permis des établissements.

Notons enfin que les organisations médicales replacent la question de l'amélioration de la qualité des services dans une perspective beaucoup plus large: celle des problèmes d'accessibilité qu'a entraînés le triomphe de la "stratégie réseau". Pour assurer véritablement à la population des soins - ou des services - continus, les CRSSS devraient combattre la tendance à la fragmentation du réseau et adopter une approche centrée sur la dispensation des soins. Là encore, on retrouve la volonté de diminuer le nombre de portes d'entrée dans le réseau. Mais reste à savoir à quelle porte la population préfèrera frapper!

5.2.2.2 Le pouvoir des CRSSS

Comme l'ont montré les paragraphes précédents, si on devait choisir un terme pour rendre compte de la vision des organismes centraux quant au rôle des CRSSS, c'est sans doute à celui d'intermédiaire que l'on songerait. S'y rattache bien sûr une connotation négative: les CRSSS ne seraient qu'un tampon, qu'une barrière venue s'interposer entre le MSSS et les établissements. Le rôle d'intermédiaire peut toutefois avoir une certaine utilité: déjà porte-parole du MSSS, les CRSSS peuvent aussi servir à l'expression des besoins régionaux. Notons toutefois que la capacité des CRSSS de jouer ce rôle est perçue comme largement tributaire de la participation des établissements - et, plus globalement, de l'ensemble des dispensateurs de services - à la définition de ces besoins.

Le rattachement à l'une ou l'autre de ces interprétations amènera chaque association à attribuer aux CRSSS des pouvoirs plus ou moins étendus. Si le rôle d'intermédiaire renvoie à la vision de CRSSS ne servant que de salle de réunion aux établissements, il ne repose sur aucun pouvoir réel. Mais si on y greffe

l'exercice d'un certain arbitrage, il suppose alors que les CRSSS aient à tout le moins une certaine autorité.

Mais reconnaître cette autorité ne dit rien quant à ses fondements. Le pouvoir des CRSSS - si pouvoir il y a - renvoie-t-il à l'existence de rapports hiérarchiques entre les CRSSS et les "distributeurs de services"? Doit-on plutôt le chercher au niveau de la capacité d'offrir au MSSS une quelconque résistance?

5.2.2.2.1 La marge de manoeuvre face au MSSS

De prime abord, les organismes rencontrés ne reconnaisent guère aux CRSSS de pouvoir à ce niveau. Tous s'entendent ainsi pour faire reposer l'avenir des CRSSS sur des considérations politiques.

Même l'avenir - c'est-à-dire la carrière - des directeurs généraux de CRSSS est présenté comme étant directement proportionnel au degré de "conformisme" maintenu par ceux-ci à l'endroit au MSSS et plus encore du Ministre. Ainsi, les chances des CRSSS d'obtenir des pouvoirs accrus seraient en étroite relation avec l'intimité des rapports qui les lient au MSSS.

La forme de dépendance qu'impliquent ces rapports renvoie au fait que les CRSSS ne disposent d'aucune assise autonome de pouvoir: ils s'appuient tantôt sur le MSSS, tantôt sur les établissements. A d'autres moments, c'est la population qui servira de caution plus ou moins abstraite à leur action. Bref, comme l'exprime une association d'établissements, les CRSSS apparaissent comme des lieux vides, en proie à toutes les manipulations et constamment menacés d'invasion. Seule barrière: la protection politique.

Cette vision est, sur le fond, partagée par les associations du secteur social. Une d'entre elle se déclare ainsi convaincue de l'impossibilité pour les CRSSS d'avoir une quelconque marge de manoeuvre dans ce que le MSSS a normalisé et décidé pour eux. Mais "ça s'invente, une marge de manoeuvre"! Cette capacité repose toutefois sur le degré de cohésion régionale entre les établissements et les CRSSS. A la limite, elle renvoie à la personnalité même des directeurs généraux des CRSSS. Certains d'entre eux sont parvenus à innover tandis que d'autres ont réussi à faire renverser des décisions relatives à des tutelles ou encore à l'allocation des ressources. De manière générale, toutefois, on reconnaît que c'est plus le MSSS qui a infléchi les CRSSS que l'inverse.

Le MSSS apparaît donc comme une contrainte majeure. Ne serait-ce qu'en vertu du contrôle des budgets, il dicte dans une large mesure les orientations que les CRSSS pourront définir et appliquer. Mais on aurait tort de n'y voir qu'un simple confinement des CRSSS dans des tâches d'exécution: les CRSSS auraient acquis une certaine force morale, "conforme au désir du MSSS d'être influencé par les régions." C'est peu mais c'est déjà un commencement! Une seule association d'établissements n'envisage les CRSSS qu'en tant qu'exécutants du MSSS mais déclare par ailleurs avoir été menacée par l'intervention des CRSSS dans certains dossiers pourtant politiquement acquis. Comment des CRSSS à qui elle ne reconnaît aucune marge de manoeuvre auraient- ils pu, par leurs tentatives d'arbitrage sur le plan régional, compromettre les orientations nationales adoptées par le MSSS?

Notons en terminant que les associations du secteur social semblent accepter l'hypothèse d'un accroissement des pouvoirs confiés aux CRSSS. A certaines conditions toutefois et dans certains champs. Les autres interviewés n'envisagent cette

perspective qu'avec méfiance et, le plus souvent, s'y opposent ouvertement. Ils souhaitent à la limite une déconcentration territoriale du MSSS[1] mais en aucune manière la poursuite de la décentralisation: l'idée de la constitution de véritables gouvernements régionaux - et donc du transfert de pouvoirs budgétaires et réglementaires vers les CRSSS - est en effet jugée irréaliste par les organisations médicales tandis que d'autres interviewés soulignent que se poseraient alors des problèmes peut-être encore plus importants que ceux observés à l'heure actuelle. Même une association du secteur social - plus favorable aux CRSSS - déclare que cette solution constituerait en quelque sorte une victoire à la Pyrrhus puisque la nécessaire péréquation inter-régionale réintroduirait l'exigence d'un mécanisme supra-régional et, ainsi, une limite fondamentale à l'autonomie des régions.

5.2.2.2.2 Les CRSSS et les contraintes exercées sur les établissements

La minceur des pouvoirs reconnus aux CRSSS face au MSSS n'étonne guère. Qu'en est-il toutefois des pouvoirs exercés par les CRSSS sur les établissements? Ne s'agit-il, ainsi que l'exprime un répondant, que d'un "pouvoir d'achaller le monde"?

Cette dernière considération intervient certes pour beaucoup dans la vision des organismes centraux. On déplore ainsi le ralentissement du processus décisionnel qui découle de la nécessité d'avoir constamment à demander des permissions aux CRSSS (e.g. immobilisations et équipements). Mais il s'agit là de pouvoirs liés à la gestion et à l'administration. Ce type de contrainte ne

---

1 Cet espoir de voir une structure différente régler les problèmes posés par une autre structure est porté plus spécifiquement par les associations d'établissements.

serait que la traduction du rôle des CRSSS dans l'application des normes et des directives du MSSS: les CRSSS auraient à ce niveau des "pouvoirs de fonctionnaires".

Parallèlement, les CRSSS seraient victimes de leur subordination au MSSS. Selon les interviewés du secteur sanitaire - médecins inclus - , les fonctionnaires du MSSS auraient créé leur propre réseau de patronage et maintenu des accès privilégiés par lesquels les établissements peuvent toujours court-circuiter les CRSSS. Ces mêmes interviewés insistent sur la vulnérabilité des CRSSS face aux élites locales et aux établissements les plus puissants. Puisque les CRSSS n'ont aucun pouvoir d'arbitrage réel, on ne voit d'ailleurs pas comment ils pourraient mettre un terme aux traditionnels pélerinages des établissements ou des médecins vers le MSSS: tout au plus admet-on qu'ils les temporisent.

Les autres associations d'établissements admettent cependant que les CRSSS ont acquis certains pouvoirs à ce niveau. On souligne à nouveau que l'expérience de décentralisation de la gestion budgétaire a accru le pouvoir des CRSSS des régions concernées et leur a permis d'exercer un certain arbitrage entre les établissements. Mais cet arbitrage doit d'abord s'effectuer entre pairs, les CRSSS étant essentiellement chargés de surveiller le fonctionnement des structures et la conformité des décisions aux orientations globales définies par les conseils d'administration. Il convient de plus de souligner la distinction établie entre le pouvoir associé aux CRSSS en tant que structures administratives et celui, plus restreint, de leurs conseils d'administration: tandis qu'on attribue à la permanence des CRSSS un "pouvoir innommé", presque occulte, on ne reconnaît aux conseils d'administration que la possibilité de se ranger derrière la permanence des CRSSS ou celle des établissements. Autrement dit, le conseil d'administration d'un CRSSS n'est là que pour consacrer la

résultante du rapport de forces entre les permanents du CRSSS et les commissions administratives régionales (CAR) dont le pouvoir est généralement en état de balancier avec celui des permanents.

Les conseils d'administration n'ont donc qu'un pouvoir théorique puisqu'ils doivent s'en remettre à des mécanismes extérieurs - la permanence et les CAR - pour décider. Seule la qualité de ces mécanismes est perçue comme susceptible de permettre aux conseils d'exercer une certaine "influence" au niveau de l'actualisation et de la transposition régionale des décisions du MSSS.

5.2.2.2.3 Les relations des CRSSS avec les divisions régionales d'associations nationales.

Comment les organismes centraux perçoivent-il les relations qui s'établissement entre les CRSSS et leur région respective?

Soulignons d'entrée de jeu que les divisions régionales des associations d'établissements et des organismes médicaux ne jouissent, règle générale, d'aucune reconnaissance officielle à titre d'interlocuteurs privilégiés des CRSSS. Ces derniers leur préfèrent en effet leurs propres structures participatives, auxquelles les membres de ces divisions régionales ne peuvent accéder que sur une base purement individuelle. Une seule organisation semble échapper pratiellement - et peut-être conjoncturellement - à cette règle ayant été invitée à participer à certaines commissions des CRSSS universitaires.

La fréquence des échanges entre une association d'établissements, un CRSSS ou encore la Conférence des CRSSS constitue, de prime abord, un fidèle reflet de l'attitude généra-

le de cette association face aux CRSSS. Les associations les plus conciliantes vis-à-vis des CRSSS entretiennent des rapports assez soutenus avec la Conférence, ne serait-ce que pour discuter des grands dossiers qui les concernent ou pour permettre une certaine réciprocité au niveau des échanges d'information. Ces associations soulignent néanmoins que ces rapports ne représentent qu'une faible proportion de leurs échanges avec le réseau: c'est principalement avec le MSSS qu'elles entretiennent, elles-aussi, des liens soutenus.

A l'inverse, les associations plus hostiles aux CRSSS ont tendance à minimiser - voire même à nier - l'étendue de leurs relations avec ces organismes. Pour l'une d'entre elles, ces rencontres ne tiennent qu'au hasard tandis qu'une autre affirme ne pas vouloir se mêler aux "games" régionales. Il n'en demeure pas moins que ces associations sont comme les autres organisées sur une base régionale et il leur arrive parfois de réaliser - ou de déplorer - l'existence de rapports beaucoup plus soutenus qu'elles ne le croyaient entre leurs divisions régionales et les CRSSS.

Les divisions semblent donc constituer un canal de communication entre les CRSSS et les associations nationales. C'est à travers elles que des pressions sont exercées sur les CRSSS: il est donc important d'en assurer une représentation minimale par la participation aux différentes commissions administratives régionales. Cela embête d'ailleurs certaines associations d'établissements: puisqu'il est pratiquement nécessaire d'être présent sur le plan régional, l'hypothèse d'un court-circuitage du niveau national se fait de plus en plus menaçante!

5.2.2.2.4 La circulation des informations

Deux tendances se dégagent en ce qui a trait à la perception des organismes centraux à ce sujet. D'une part, on souligne les problèmes liés à la surabondance des informations: risques de banalisation, difficultés d'assimilation et/ou de traitement, etc. D'autre part, la nature des informations transmises est largement tributaire des avantages que l'on compte retirer d'une plus grande "transparence" des dossiers.

Les échanges d'informations entre les CRSSS et les établissements sont bien sûr suffisants pour permettre l'instauration de rapports plus "fonctionnels". Mais dès lors qu'une information menace de desservir les intérêts de celui qui la contrôle, elle risque fort d'être étouffée. A l'inverse, l'information susceptible d'entraîner des retombées positives sera rapidement acheminée. Ainsi, les CRSSS n'auraient guère de difficulté à obtenir des établissements les informations nécessaires à l'évaluation des clientèles dans la mesure où celle-ci pourrait déboucher sur l'octroi de budgets d'équipements supplémentaires.

5.2.2.3 Les interlocuteurs privilégiés des CRSSS

Comme il fallait s'y attendre, les CRSSS ont des rapports plus soutenus avec le MSSS et les permanents des établissements qu'avec la population. Les organisations médicales, déboutées dans leurs démarches en vue d'acquérir le statut d'interlocuteur privilégiés, parlent des CRSSS en termes de cénacles repliés sur eux-mêmes et auxquels seuls les plus puissants accèdent. Les CRSSS semblent d'abord tournés vers "les établissements qui ont du poids et qui mènent le rythme de la dispensation des services". Certains parleront ici des

CSS mais surtout des centres hospitaliers, deux catégories d'établissements plus présentes dans les "games" régionales.

On observe par ailleurs d'importantes variations: certaines conjonctures favoriseraient le rapprochement des CRSSS et du MSSS tandis que d'autres susciteraient le développement de liens plus étroits entre les CRSSS et les établissements. Parfois surgissent aussi des affinités entre un CRSSS et une catégorie spécifique d'établissements.

5.2.2.4 Les principaux bénéficiaires des interventions des CRSSS

Certains CRSSS seraient intervenus en faveur d'organismes bénévoles ou de groupes oeuvrant dans l'environnement immédiat du réseau. Mais règle générale, ces interventions auraient un caractère plutôt marginal.

Les petits établissements seraient, selon certains interviewés, les plus susceptibles de bénéficier des interventions des CRSSS et, corollairement, d'être les plus affectés par une éventuelle suppression de ces derniers. Cette affirmation se heurte toutefois à la perception de la majorité des organismes rencontrés qui, au contraire, prétendent que les CRSSS n'interviennent qu'en faveur des plus puissants puisque ceux-ci les contrôlent.

5.2.2.5 Le verdict des organismes centraux de représentation

La démarcation entre ce que les CRSSS sont et ce qu'ils devraient idéalement être, les projections effectuées à cet

égard, pèsent lourdement sur le jugement général des organismes centraux de représentation.

Ainsi, les associations traditionnellement fortes au niveau national et dans le circuit de la pression politique préfèreraient faire face au MSSS, déconcentré ou pas, plutôt que d'avoir à transiger avec une structure indéfinie, une "vue de l'esprit", incapable d'actualiser son rôle et condamnée à ménager la chèvre et le chou. Les associations qui représentent des établissements ayant bénéficié de certaines interventions des CRSSS déplorent quant à elles, l'absence d'autorité réelle de ces structures; elles envisagent la poursuite du processus de régionalisation en termes de perfectionnement des mécanismes de concertation et par le biais d'un d'investissement accru des établissements sur le plan régional. D'autres, enfin, résistent à l'idée de subordonner leur mission à quelque structure régionale que ce soit.

Bien que leurs motivations soient loin d'être identiques, les associations d'établissements reconnaissent généralement l'utilité d'une instance régionale pour assurer l'adaptation des orientations définies au niveau national. On parle alors de concertation, de planification des services, de programmation et d'évaluation, ce qui, en définitive, supposerait une déconcentration du MSSS. Seules les organisations médicales semblent être prêtes à faire table rase: mieux vaudrait renoncer à toute forme de décentralisation si celle-ci n'est pas pleine et entière.

Le clivage observé entre les associations d'établissements et les organisations médicales est intéressant à plus d'un égard. Notons, d'une part, que ces dernières ont des CRSSS une vision qui s'articule autour de la dichotomie existant entre le pouvoir technocratique, associé aux permanents des CRSSS et des établissements,

et le pouvoir médical, enraciné dans la pratique et la compétence des médecins, dispensateurs réels des soins. En ce sens, leur discours constitue une critique virulente de la structure bureaucratique et technocratique que sont devenus les CRSSS.

D'autre part, les organisations médicales déplorent la marginalisation des praticiens dans le processus décisionnel. Tant que perdurera cette situation, les problèmes réels d'accessibilité et d'universalité des services continueront de n'être envisagés que sous l'angle des intérêts administratifs et non en fonction de l'application des solutions véritables. Ce règne des technocrates est rendu possible par la déresponsabilisation du pouvoir politique et par l'assimilation des intérêts du système à ceux des gestionnaires d'établissements.

On ne peut s'empêcher de constater que la vision des associations d'établissements vient confirmer le verdict des organisations médicales. Tandis que celles-ci ont abordé la question de l'utilité des CRSSS en démontrant leur incapacité d'adopter des solutions concrètes aux problèmes rencontrées par la population, celles-là s'en sont tenues à un discours axé sur une forme de rationalité administrative sans référence à la population; seul y transpiraient parfois la concurrence inter-établissements pour la captation des clientèles et la prétention à saisir mieux que quiconque - mieux que les clientèles - les besoins de celles-ci. Ce discours reproche d'ailleurs à la population de ne pas connaître suffisamment les problèmes du réseau pour être efficace au niveau des conseils d'administration. Toutes ces considérations interviennent clairement dans le fait que les associations d'établissements proposent un modèle déconcentré en remplacement des CRSSS actuels. On parle alors d'autorité et non de pouvoir, d'évaluation et non de contrôle, de coordination et non de gestion directe. On parle aussi d'une concertation débarrassée de la

contrainte que représentaient les CRSSS en tant qu'écrans protecteurs du MSSS. Ne subsisteraient alors des CRSSS que la recherche d'une certaine coloration régionale des services et l'espace offert à la participation des permanents des établissements.

Il est intéressant de comparer cette vision de la décentralisation à celle des répondants du ministère de la Santé et des Services sociaux.

5.3 L'ÉCHELON MINISTÉRIEL

Dans chacune de nos catégories de répondants, permanents et représentants du CRSSS ou des établissements, hors réseaux et organismes centraux de représentation, il s'est trouvé un nombre important de personnes, souvent même une majorité, pour déclarer que les établissements court-circuitaient les CRSSS pour s'adresser directement "au Ministère" et que celui-ci non seulement tolérait cette pratique, mais s'y adonnait lui-même en sens inverse. Ce phénomène se produirait notamment dans le cas de dossiers plus "politiques", mais il ne serait pas absent d'échanges plus routiniers d'information administrative ou épidémiologique. De façon plus générale, nos répondants font souvent référence, dans le cadre de leur discours, au "Ministère".

Mais de qui parlent-ils donc alors? Du Ministre et de ses conseillers politiques? Du cabinet du sous-ministre et des sous-ministres adjoints? Des directeurs ou des chargés d'établissement? De la Direction financière? Refèrent-ils à l'une ou l'autre de ces catégories selon la nature des dossiers? Si tel était le cas, l'appellation "le Ministère" paraîtrait incongrue, puisque des visions fort différentes risquent d'animer toutes ces personnes, en particulier si elles travaillent sur des dossiers différents. Quiconque a fréquenté un tant soit peu le ministère de la Santé et des Services sociaux - et une très

forte proportion de nos répondants de toutes catégories ont eu l'occasion de le faire, n'a pu s'empêcher de remarquer le morcellement de cette immense organisation; on y retrouve le clivage structurel et idéologique habituel entre le niveau stratégique, le niveau d'encadrement et le niveau opérationnel, encore renchéri par l'osmose facile de l'administratif à la petite ou à la grande politique. On y remarque aussi un débat constant entre la mission sociale d'une part et la mission santé d'autre part. On y est enfin frappé par des vitesses de réaction très variables d'un service à l'autre.

Comment, dès lors, considérer ce ministère comme un interlocuteur unique et singulier, doté d'intentions claires et fermes, de pouvoirs étendus et d'une résolution parfois féroce à l'égard aussi bien des CRSSS eux-mêmes que des établissements? On peut évidemment apporter à la question une réponse d'allure "géographique". On passerait ainsi des CRSSS "boîtes postales" à un ministère "adresse postale" et tout ce qui vient de Québec et de Montréal serait "du Ministère". Cette réponse triviale est évidemment insuffisante, ne serait-ce que parce qu'elle ne rend pas compte de l'apparente unité de volonté et de commandement que l'expression "le Ministère" semble connoter dans les déclarations de nos répondants.

Peut-être l'expression relève-t-elle plutôt du mode ethnographique? Le "réseau" parlerait du "Ministère" comme les "Français" des "Allemands", et vice-versa, ces généralisations commodes permettant aussi bien de répondre à des problèmes pratiques qu'idéologiques ou symboliques. Cette interprétation rendrait compte à la fois de la diversité du Ministère et de la généralisation de nos répondants.

Par contre, elle ne règle pas le problème du chercheur, confronté aux interventions multiples d'une même et immense organisation. A qui s'adresser pour dégager la perception du Ministère? Et pour contrôler,

à même cette perception, celle de nos répondants divers? Cette question aurait elle-même exigé une enquête d'envergure, puisque, dans une telle organisation et même à la grandeur du réseau, les postes changent de titulaires à un rythme assez élevé, depuis le sous-ministre jusqu'au directeur des finances de tel CRSSS, lui-même autrefois employé du Ministère... Une telle enquête, pour identifier la perception du Ministère, devrait retracer son processus de décision et tenir compte des réseaux informels d'accès. Nous n'avions évidemment ni le temps ni les ressources pour effectuer une telle démarche, malgré tout l'intérêt qu'elle pourrait avoir.

Plus modestement, nous nous sommes contentés d'entretiens avec un certain nombre de sous-ministres ou anciens sous-ministres, en titre ou adjoints, et de directeurs. C'est à regret qu'en vertu de ressources limitées et à cause de l'envergure déjà considérable de la présente recherche, nous avons dû omettre de rencontrer certaines personnes, pourtant très importantes pour la décentralisation, comme les chargés d'établissements par exemple.

Cette concentration au niveau stratégique du Ministère compliquait l'utilisation de la grille d'entretien, tout comme dans le cas des hors-réseau et des organismes centraux. Nous avons donc préféré axer les entretiens sur le problème principal, à avoir celui des objectifs et des modalités de la décentralisation dans le réseau des affaires sociales et du rôle qu'étaient appelés à y jouer les CRSSS.

Ce problème paraissait d'autant plus pertinent que nombre de nos interlocuteurs à cet échelon avaient largement partagé la pensée et les espoirs de la réforme de la Santé et des Services sociaux au Québec ou même travaillé à la Commission d'enquête qui l'avait précédée. Il devenait donc intéressant de comparer ces expectatives avec le rôle effectivement joué par les CRSSS depuis leur fondation.

Deux ordres de préoccupations sont ressorties de ces entretiens. Le premier a trait aux limites inhérentes à la décentralisation administrative en démocratie parlementaire; le second se rapporte à un autre type d'obstacles, plus reliés aux perversions intimes d'un processus administratif rationnel en surface, mais ouvert, dans l'intimité, à divers arbitraires d'allure irrégulière ou clanique.

5.3.1 Décentralisation et structure de l'Etat

La réforme de la Santé et des Services sociaux du Québec prévoyait au départ des objectifs généreux ainsi que des modalités très libérales pour les atteindre. A l'encontre d'un certain nombre de nos répondants pour qui les représentants de la population retardent le processus décisionnel dans les appareils, les protagonistes de cette réforme avaient pensé faire une place à la participation des citoyens dans la gestion des services et dans l'identification des besoins. A l'égard de la décentralisation, on avait initialement prévu d'une part des offices de santé et de services sociaux, organes ministériels déconcentrés en région, chargé de la fonction administrative, auxquels feraient face des conseils occupés, pour leur part, aux fonctions d'identification des besoins, de critique et de représentation de la population régionale. Sous le coup de diverses pressions, et notamment des organisations centrales d'établissements et de professionnels, cet aspect de la réforme, comme nous l'avons indiqué au cours du premier chapitre, avait été abandonné au profit d'un compromis associant à la fois les fonctions de déconcentration administrative et de représentation: les CRSSS.

Si dès le départ, la situation des CRSSS paraissait ainsi compromise, tant par la forme que revêtait en définitive la décentralisation que par la résistance manifestée par d'importants acteurs, les protagonistes de la réforme n'en continuèrent pas moins de nourrir, à

l'égard de ces nouvelles structures, des attentes considérables. Nos entretiens montrent que ces penseurs, devenus des décideurs, se rabattirent sur l'espoir que les CRSSS développaient peu à peu la fonction représentation, sur la base et avec l'appui des portions d'autorité administrative qu'on leur déléguerait.

Il semble donc que n'ait pas été perçu avec suffisamment d'acuité le caractère pervers de la mission administrative par rapport à la mission représentative. Tout en réservant leur jugement et en signalant que notre recherche devrait justement les éclairer sur cette question, nos interlocuteurs éprouvent le sentiment que la décentralisation n'a pas avancé au rythme espéré ou atteint la profondeur envisagée. Plusieurs facteurs expliqueraient ce phénomène.

Tout d'abord, l'administratif aurait d'autant plus facilement pris le pas sur le représentatif qu'après une période de mise en place des structures (dont les CRSSS ont été largement absents puisqu'ils en furent eux-mêmes un produit), la réforme de la Santé et des Services sociaux a vécu plusieurs expériences de rationalisation des services et des dépenses. Seule l'implantation des CLSC est venue parfois, selon les régions et sous-régions, exprimer un développement pour répondre à des besoins. Pour le reste, les fusions de centres ou de services, les compressions budgétaires et diverses autres mesures ont donné préséance aux préoccupations centrales de rationalisation préséance sur les désirs régionaux et infra-régionaux d'extension et de création de nouveaux services.

Cette conjoncture n'aurait pas été favorable au développement de la mission représentative. Pour que l'administratif serve d'appui au développement de cette première mission, il aurait fallu continuer une "administration de la croissance". Il paraît difficile de promouvoir des besoins régionaux ou infra-régionaux dans un contexte

de resserrement des services. Cette impression, partagée par bon nombre de nos interlocuteurs, semble confirmée par les perceptions et liens entre les CRSSS et les CLSC, mentionnés aux chapitre deux et trois.

Un deuxième obstacle à la décentralisation tiendrait au caractère intrinsèque de la démocratie parlementaire, et notamment au rôle du Conseil du Trésor et, par delà celui-ci, du Vérificateur des Finances et de l'Assemblée Nationale, eu égard à la responsabilité ministérielle. Toute opération de décentralisation tendrait, dans un premier temps, vers une augmentation des dépenses. Les économies qu'on en espère mettraient du temps à se matérialiser ou à se manifester; souvent, on serait réduit à escompter que le rythme de progression des dépenses aurait été plus élevé si la mesure n'avait pas été prise, sans pouvoir vraiment le démontrer. On conçoit aisément que de tels arguments ne soient guère de nature à convaincre les contrôleurs. Souvent, les ministères en seraient réduits au jeu du chat et de la souris avec le Conseil du Trésor, en masquant dans un premier temps les effets d'un projet de nouvelle règlementation sur la structure des dépenses afin d'obtenir son approbation.

Une difficulté encore plus fondamentale survient dans ce chassé-croisé de la chose publique: il devient difficile pour les autorités centrales de contrôle, elles-mêmes appelées à répondre devant le Conseil des Ministres et l'Assemblée, de permettre une véritable décentralisation du processus d'allocation budgétaire. Qui serait, en définitive, responsable pour ces argents perçus à même l'enveloppe fiscale générale? Il se pourrait bien que, en l'absence de pouvoirs de taxation propres et autonomes au niveau régional, la régionalisation ne puisse guère dépasser la simple déconcentration administrative.

Dans de telles conditions, certains répondants se demandent si la séparation des fonctions administratives et représentatives, telle qu'envisagée au début de la réforme, n'était pas la seule voie viable sans changements profonds dans la répartition de l'autorité fiscale. D'autres poursuivent leur réflexion en soulevant le problème de l'uniformité de la régionalisation: en forçant des métropoles comme Montréal et Québec à opérer dans les mêmes cadres que l'Abitibi ou la Côte Nord, on en arrive peut-être à mettre sur pied des structures qui ne répondent aux besoins ni des uns ni des autres. La prise en charge de la mission représentation s'en trouverait singulièrement compliquée.

Un autre type de problème lié à la décentralisation a été signalé par nos interlocuteurs, et qui proviendrait davantage de la dynamique interne du réseau de la Santé et des Services sociaux que des problèmes propres à l'administration centrale de l'Etat.

5.3.2 Décentralisation et pratiques du réseau

Certains répondants soulignent en effet une relative impuissance à contrôler systématiquement et sur une longue période certains habitus du réseau. Le heurt constant entre l'univers des professionnels et celui des bureaucrates, la querelle d'école entre l'aspect santé et l'aspect social déterminent des comportements de clan qui inhiberaient le processus de concertation régionale. Le court-circuitage des CRSSS dans les dossiers "chauds" représenterait aussi un obstacle de fond.

S'il est possible d'intervenir de temps à autre pour contrer cette pratique, il est illusoire d'espérer l'éliminer totalement. Le Ministère, le sous-ministre, le Ministre lui-même ne peuvent renoncer, selon la nature ou l'évolution d'un dossier donné, à des contacts

directs avec les établissements ou avec la population. Il suffit pourtant d'une intervention de ce type pour remettre en question des années d'effort de construction de sa légitimité et de sa crédibilité par le CRSSS concerné. Chacun de ces cas entraînerait toujours une recrudescence de tentatives pour régler ses propres problèmes "directement avec le Ministère" de la part des autres intervenants de la région. A cet égard, le rôle et le comportement des chargés d'établissements ne serait pas toujours très clair.

Si le défi posé au CRSSS a été de faire lui-même sa place au soleil, le Ministère incapable de définir et d'imposer à ses agents une stratégie claire, n'aurait pas facilité cette tâche.

Cette ouverture du Ministère aux "cas d'exception", aux interventions directes, aurait miné la crédibilité des CRSSS, déjà nés dans l'hostilité ouverte de certains organismes centraux et de certaines régions. Dans bien des cas, il suffirait de s'"arranger" pour mettre un dossier sur la place publique et le CRSSS serait hors-jeu. A d'autres occasions, les établissements utiliseraient un aspect de la loi ou de la règlementation. De façon générale, plusieurs tactiques deviendraient ainsi disponibles pour les établissements désireux de court-circuiter les CRSSS, avec la complicité imposée ou voulue de certains agents du Ministère.

A l'échelon stratégique, on se trouve ainsi réduit à réaffirmer périodiquement l'importance des CRSSS et l'irréversibilité du mouvement de décentralisation. On s'efforce d'informer systématiquement le CRSSS, même court-circuité, encore que là aussi des obstacles d'ordre pratique surviennent. On confie aussi aux CRSSS de nouveaux mandats, bien qu'on soit conscient qu'il s'agisse là d'une arme à deux tranchants comme nous l'avons vu au paragraphe précédent.

Dans l'ensemble, même si la décentralisation ne serait pas aussi avancée qu'on aurait pu l'espérer, on pense que ces mesures ont permis des progrès. Le principe de la décentralisation ne serait plus remis en question et les CRSSS eux-mêmes seraient assez largement acceptés comme interlocuteurs. La présence de représentants de la population au conseil d'administration des CRSSS et des établissements aurait aussi joué à cet égard un rôle positif, même si force est de constater qu'elle n'a pas toujours eu l'impact prévu. On soupçonne par contre des variations régionales importantes, émanant souvent de la stratégie adoptée par chacun des CRSSS.

Les prochains chapitres vont nous montrer que cette intuition s'avère fort juste.

D E U X I È M E P A R T I E

LA RÉALITÉ DE LA PERCEPTION

EN GUISE DE TRANSITION

En introduction à l'ensemble de cet ouvrage, nous avons souligné l'importance de tenir compte, à côté des structures et des produits, des perceptions des acteurs pour mieux saisir la réalité organisationnelle. Certaines approches font même de la perception le définisseur essentiel de cette réalité, et le moteur le plus puissant du positionnement stratégique des organisations. L'anthropologue Gregory Bateson partage ce point de vue lorsqu'il s'attaque au fossé épistémologique traditionnel entre nature et culture; pour lui, la nature ne serait visible et vue qu'à travers la culture et il n'y aurait pas de compréhension de la nature qui ne soit culturelle[1].

Cette idée comporte de profondes conséquences pour la compréhension de la manière dont toute organisation - et particulièrement les CRSSS - définissent leur rapport à l'environnement et leur stratégie d'intervention. Elle implique en effet que l'environnement organisationnel se présente comme une extension de l'acteur, du sujet-membre de l'organisation, et non comme une donnée strictement objective et contraignante. Cette approche renvoie au concept d'"enacted environment" proposé par Carl E. Veick[2] et exprimé avec une pointe d'humour par Gareth Morgan dans la formule: Organizations interact with projections of themselves"[3].

---

1 Bateson, G., Mind and Nature, New York, Bantam Books, 1979.

2 Carl E. Veick, The Social Psychology of Organizations, Reading, Mass., Addison-Wesley, 1969.

3 Morgan, Gareth, Images of organization, Sage Publications, Beverly Hills, 1986, p. 241.

Une telle approche ne se satisfait toutefois pas de la seule étude documentaire des perceptions sur le mode de notre première partie. Après la perception de la réalité, il faut maintenant présenter la réalité de la perception: puisque le CRSSS est largement construit par ses acteurs, quels sont les éléments de sa réalité révélés par l'étude des perceptions?

Pour rétablir ainsi chacun des Conseils dans sa réalité perçue, il convient bien sûr de privilégier le noyau d'acteurs le plus familier de la scène organisationnelle, c'est-à-dire, par ordre d'importance, les membres eux-mêmes, permanents et représentants, les répondants du réseau, les hors-réseau. Dans une telle entreprise, la perception des organismes centraux, sans être absente, compte pour secondaire. Tels sont les objectifs et la démarche de cette seconde partie.

Dans un premier chapitre, nous présentons un tableau de chacun des Conseils régionaux, tel qu'il se dégage de l'ensemble des perceptions des acteurs. Le chapitre final établit, sur cette base, une typologie des CRSSS à partir des caractéristiques communes et des éléments de divergence.

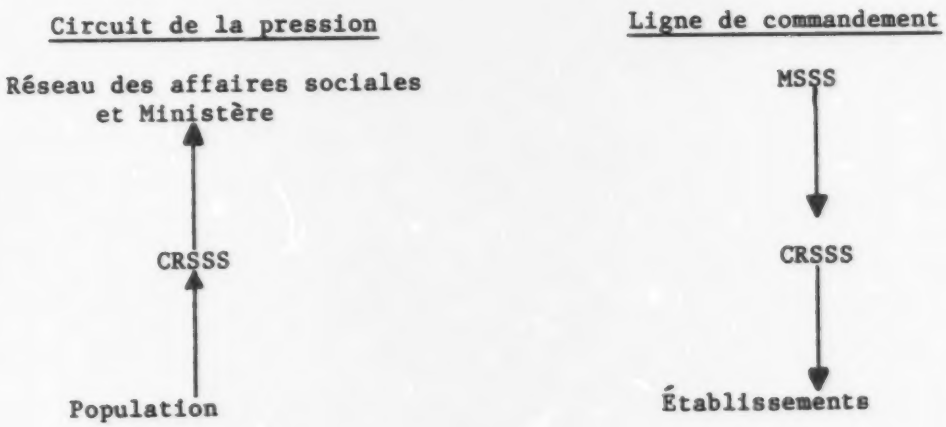
LES CRSSS EN ONZE TABLEAUX

L'objectif de ce chapitre n'est pas de présenter un portrait de chacun des CRSSS; ni au sens de la "fidélité au sujet", puisqu'il s'agit d'interpréter des perceptions pour en dégager les grandes lignes de force; ni non plus au sens de la "créativité du portraitiste", puisque nous ne pouvions au départ bâtir notre interprétation sur une connaissance de la "personnalité" de chacun des Conseils.

On admettra aussi que cette reconstitution de la réalité de chacun des CRSSS à partir du perçu des acteurs ne se réalise pas dans une série d'images contrastées et structurées autour d'éléments récurrents présentés de façon symétrique. Une telle symétrie n'aurait pas manqué de produire des effets illusionistes, en posant chaque élément du tableau comme aussi important, aussi constitutif de la réalité de chacun des CRSSS. De plus, la première partie de cet ouvrage a montré à cet égard assez de zones grises et de clairs-obscurs pour qu'on admette de quitter ici le terrain du symétrique et du généralisable, décidément aplanissant, afin de mieux mettre en lumière les contours propres à chacun des CRSSS.

Nous nous en remettrons donc à une grille multidimensionnelle, appliquée, selon les cas, à l'ensemble ou à quelques-uns des thèmes d'entretiens abordés dans la première partie, pour reconstruire dans le présent chapitre, la réalité de chacun des CRSSS.

Cette grille d'analyse sera empruntée à une étude antérieure sur les CRSSS réalisée par le professeur Vincent Lemieux en 1974[1]. Celui-ci distinguait alors, dans l'accomplisement du rôle et des fonctions des CRSSS un circuit de la pression d'une part, et une ligne de commandement d'autre part. Pour Lemieux, le circuit de la pression désigne le CRSSS dans ses activités de véhicule des besoins et demandes de la population dans le réseau socio-sanitaire, tant auprès des établissements que du Ministère. La ligne de commandement refère au rôle du CRSSS en tant que mandataire du Ministère auprès des établissements, d'autorité régionale déconcentrée. Le schéma suivant illustre ces deux dimensions.



1 V. Lemieux et al., Les conseils régionaux de la santé et des services sociaux: une analyse politique, Département des sciences politiques, Université Laval, 1974.

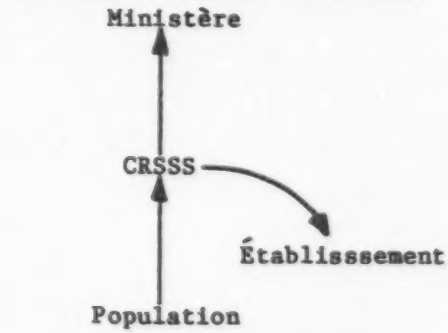
Toutefois, comme l'a laissé entrevoir l'analyse des entretiens de notre première partie, le rôle du CRSSS dans le circuit de la pression ne se présente pas de façon linéaire: il peut s'exercer autant au bénéfice de la population qu'au profit des établissements de la région. Il peut être - et il serait d'ailleurs le plus souvent - véhicule des établissements auprès du Ministère, davantage que porte-parole de la population régionale.

La flèche qui "descend" du Ministère aux CRSSS, puis aux établissements, doit donc être doublée d'une flèche parallèle inverse, illustrant le rôle du CRSSS en tant qu'organisme de pression des établissements auprès du Ministère.

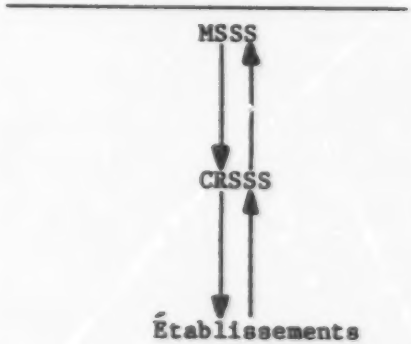
En outre ce rôle de pression du CRSSS ne s'exerce pas uniquement de bas en haut. Il peut aussi se manifester de la population vers le CRSSS, puis vers les établissements de la région, par l'intermédiaire du pouvoir ou de l'influence éventuelle du CRSSS sur les établissements.

Il convient donc d'ajouter, dans le circuit de la pression, une flèche qui va de la population aux CRSSS puis aux établissements. Et le schéma précédent devient:

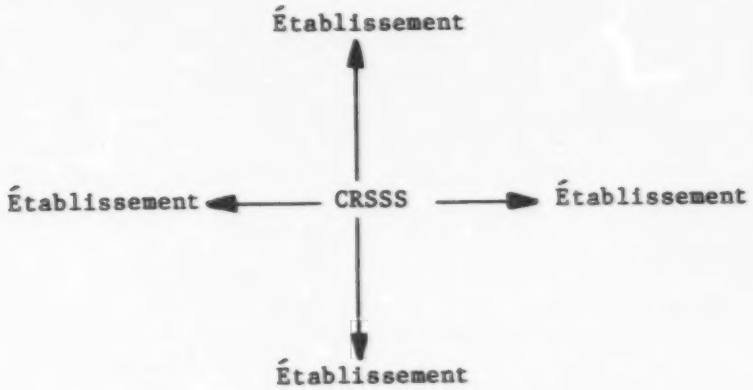
Circuit de la pression de la population



Ligne de commandement et circuit de la pression des établissements



Cela n'épuise cependant pas encore les rôles des CRSSS tels qu'ils sont apparus dans les entretiens. Un rôle important a été affirmé par plusieurs répondants: celui de lieu de rencontre des établissements, d'animateur régional, ne se situant pas dans la ligne de commandement, ni dans celui de la pression au sens strict puisque cela ne vient pas nécessairement de la population. Mais c'est une sorte de rôle d'instrument des établissements au niveau régional lui-même, plutôt que de véhicule de leur demande auprès du Ministère. C'est d'ailleurs une des fonctions fréquemment soulignées: table de concertation, d'animation, voire même de péréquation infra-régionale entre les établissements, et - mais de façon nettement plus modeste - parfois, de porte-parole des établissements auprès de la population (information, etc.). On doit donc ajouter une dernière dimension qui n'est ni dans la ligne de commandement, ni dans le circuit de la pression comme tel et qu'on peut illustrer de la façon suivante.



Ces différentes considérations permettent de définir cinq dimensions à partir desquelles on peut situer chacun des CRSSS tel qu'il est perçu par les répondants. Les deux premières définissent son rôle de gestionnaire, alors que les trois autres le situent dans le circuit de la pression.

Le tableau trois présente une définition de chacune de ces dimensions et précise le continuum sur lequel le CRSSS peut inscrire son rôle par rapport à chacune. Le tableau quatre illustre le circuit d'exercice de chaque dimension entre le CRSSS et ses partenaires.

Ces cinq dimensions (cinq si l'on considère le rôle de pression de la population vers les établissements ou vers le Ministère comme deux dimensions différentes) peuvent être appliquées à l'analyse des perceptions des répondants pour dégager l'image de chacun des CRSSS qui émane, dans chaque région, du vécu subjectif des acteurs.

Les conseils régionaux seront ainsi situés par rapport à la perception des répondants au moment de l'enquête. Mais nous préciserons aussi, le cas échéant, toute modification ou évolution importantes du CRSSS signalée par les répondants. De même, cette perception du CRSSS sera comparée à la conception du CRSSS idéal chez les répondants. Les différences importantes d'opinion entre groupes de répondants seront signalées dans la mesure où elles-mêmes, ou bien la qualité des minorités porteuses, seront significatives. Dans le cas contraire, et pour ne pas compliquer inutilement le tableau, cette présentation de chacun des CRSSS sera assise sur la conception majoritaire seulement.

Les CRSSS sont désignés par une lettre qui correspond au code établi par Vincent Lemieux en 1974. Le lecteur intéressé pourra ainsi voir l'évolution de chaque Conseil, 10 ans après l'enquête de Lemieux.

6.1 LE CRSSS "J"

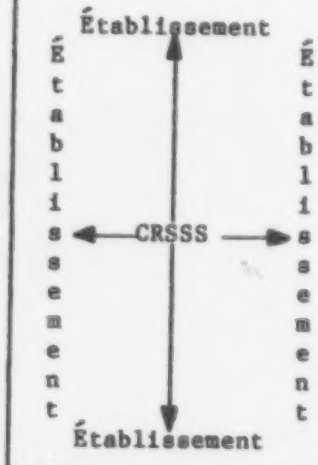
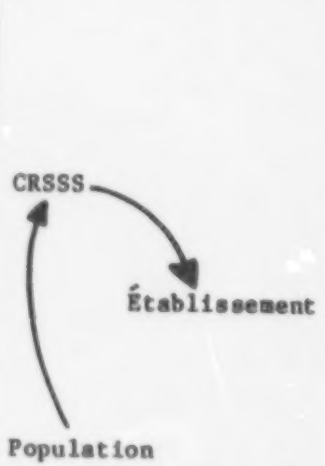
CRSSS et population

Ce CRSSS est faible sur toutes les dimensions, à l'exception de son rôle de représentant du Ministère en région. Par rapport à la

TABLEAU 3: Définition des dimensions

Dimensions	Continuum
1. De haut en bas: commandement	Degré d'autorité et de pouvoir du CRSSS sur les établissements à titre de représentants (mandataire) du Ministère. Cela va de la boîte aux lettres jusqu'à une éventuelle autorité régionale déconcentrée.
2. Au milieu: relation interne entre le CRSSS et les établissements de la région	Dans quelle mesure le CRSSS est-il un animateur régional inter-établissements? Le continuum va, à un pôle, d'une salle de réunion, jusqu'à une certaine intégration régionale du réseau dont le CRSSS serait la tête. Au centre de ce continuum se situe le CRSSS comme animateur. S'il réussit une certaine péréquation, cela dépasse le rôle d'animateur.
De bas en haut: pression	
3. - des établissements vers le MSSS	Degré d'influence du Conseil sur le Ministère en tant que représentant des établissements; dans quelle mesure les établissements se reconnaissent-ils dans le CRSSS (ou le court-circuitent-ils) dans leurs relations au Ministère? Le continuum va ici aussi de la boîte aux lettres (mais dans l'autre sens) au CRSSS comme fédération d'établissements.
4-5 - de la population vers le réseau	Degré d'utilisation du CRSSS par la population et ses représentants pour influencer soit les établissements, soit le Ministère. Le continuum va d'une influence consultative minimale à une forme de gouvernement régional.

TABLEAU 4: Les cinq dimensions illustrées

GESTION		PRESSION		
1 Mandataire	2 Coordonnateur régional	3 Établissement/ MSSS	4 Population/ MSSS	5 Population/ Établissement
				

population, les relations sont à peu près inexistantes, sauf pour les plaintes, qu'on ne souhaite d'ailleurs pas trop nombreuses. Il n'est pas question pour le CRSSS de se définir comme défenseur des intérêts de la région auprès du Ministère. Il fuit tout rôle à saveur politique, et donc tout rôle de pression. Il n'est donc pas perçu comme très actif auprès de la population et ne tient pas non plus à accentuer cette dimension.

CRSSS et établissements

Établissement-MSSS

Le CRSSS "J" est plus actif avec les établissements, mais pas tellement pour les défendre auprès du Ministère. Comme l'affirme un interviewé, cela ne lui paraît pas un "réflexe naturel" que de défendre un établissement auprès du Ministère. Il l'a cependant fait à différentes reprises sans beaucoup de résultats. La majorité des personnes rencontrées le définissent comme plutôt passif à cet égard, ou encore comme une "bonne courroie de transmission".

Établissement-CRSSS

Son rôle direct avec les établissements est plus actif. Une collaboration certaine s'établit avec eux, surtout avec les centres hospitaliers et les centres d'accueil. Le poids des hôpitaux est mentionné à plusieurs reprises. Le CRSSS apparaît rarement comme un animateur. En définitive, ses rapports avec les établissements représentent plutôt une collaboration ad hoc, sur des dossiers spécifiques, et qui donne souvent de bons résultats. Peu d'animation globale, encore moins de tentatives d'intégration plus poussée du réseau régional, dont le CRSSS serait la tête. C'est d'abord un conseiller.

Ministère-CRSSS

Le CRSSS "J" se définit donc d'abord comme mandataire du Ministère en région, comme responsable d'appliquer et de surveiller l'application des politiques gouvernementales. Pour la majorité des répondants, ce CRSSS fait ce que le MSSS faisait avant; c'est un prolongement du Ministère qui fait montre de beaucoup de docilité. D'ailleurs tous les dossiers identifiés par les interviewés comme étant "le plus important réalisé par le CRSSS", sont des dossiers prioritaires du MSSS, ce qui n'est pas le cas dans les autres régions. Le CRSSS, pour la majorité des répondants, est un exécutant, et il est souvent évalué négativement (on le traite par exemple de "perroquet" du Ministère).

CRSSS idéal et conclusion

Dans ce contexte, les répondants ne dégagent même pas d'image précise du CRSSS idéal. S'il fallait absolument dégager un " pattern", on pourrait dire que les répondants se réfèrent vraiment à un CRSSS idéal, c'est-à-dire dégagé de certaines contingences. Ces réponses indiquent néanmoins le souhait d'un mouvement très net dans le sens d'une plus grande décentralisation et d'une plus grande marge de manoeuvre pour le CRSSS, avec pouvoir décisionnel régional et plus grande responsabilisation, via une participation accrue des établissements et des citoyens. Plusieurs répondants font allusion à la nécessité, selon eux, que le CRSSS dispose de moyens de taxation. Un seul répondant indique qu'un "CRSSS idéal" est impossible.

Le CRSSS joue actuellement un rôle d'application des politiques du Ministère, d'organe déconcentré. Mais il semble le jouer mollement, sans susciter d'animosité particulière, ni d'enthousiasme. C'est ce faible investissement, finalement, de l'ensemble des intervenants de la

région dans le CRSSS qui est peut-être sa caractéristique la plus originale.

6.2 LE CRSSS "K"

Ce CRSSS aussi se définit par rapport au MSSS. Mais sa position est plus nuancée que celle du CRSSS "J". Le CRSSS "K" a évolué d'une position d'organisme conseil à celle d'organe décisionnel, orienté vers l'action. La fonction de représentation de la population a perdu à peu près toute importance. Comme l'affirme un membre du CRSSS, le CRSSS est "le gardien de la rationalité" du réseau, et non pas le représentant des intérêts de la population, laquelle n'intervient que par les plaintes et par le biais de ses représentants au conseil d'administration. Ces derniers ne se perçoivent d'ailleurs pas tellement comme tel, mais plutôt comme des partenaires du MSSS. Quant aux plaintes, plusieurs souhaitent que ce dossier ne fasse plus partie des responsabilités du CRSSS. Personne n'entend donner une importance énorme à ce service, qui rend délicates les relations avec les établissements.

Un exécutant du MSSS

De façon globale, le CRSSS est donc perçu comme un exécutant du MSSS à qui on accorde une faible marge de manoeuvre. Six répondants pensent qu'il ne fait qu'appliquer les décisions, alors que cinq pensent qu'il les adapte parfois. On le décrit comme courroie de transmission, n'exerçant pas de pressions.

Par contre, plusieurs accordent au CRSSS un rôle important de conseiller du MSSS, de partenaire du MSSS.

Le CRSSS et les établissements

Il est difficile de concilier cette image générale avec celle qui se dégage de la perception du CRSSS à travers l'analyse des dossiers. Certes dans les dossiers initiés par les établissements, la même image se renforce: le rôle du CRSSS y est négativement perçu. Et dans peu de dossiers mentionne-t-on un rôle de représentation des établissements auprès du MSSS. Par contre le CRSSS a généralement une bonne image en ce qui concerne les dossiers initiés hors réseau et sa façon de les transmettre au MSSS, ainsi que pour la collaboration qu'il apporte à de tels dossiers.

Enfin en ce qui concerne les compressions budgétaires l'image est beaucoup plus positive. On croit que le CRSSS, par les compressions budgétaires, a accru la concertation avec le réseau, a développé une "pensée" réseau, est passé de porte-parole du MSSS à un rôle de collaborateur, de concertation avec les établissements. Certains affirment même qu'il est nettement plus près des établissements que du MSSS, qu'il les défend, qu'il peut même arriver à faire modifier une décision.

Une explication possible de cette différence d'images peut résider dans le fonctionnement des rapports de pouvoir entre le CRSSS et les établissements. Les gros établissements paraissent avoir un poids important au CRSSS, notamment les hôpitaux et le CSS. On affirme que les Commissions administratives régionales (CAR) sont contrôlées par les gros établissements, et que les petits établissements ont beaucoup moins de pouvoir. La concertation réseau se ferait donc surtout au niveau du centre de la région, et devrait, pour s'améliorer, s'étendre aux petits établissements et aux établissements périphériques.

CRSSS idéal et conclusion

On mentionne l'importance d'accroître les contrôles budgétaires. Plusieurs répondants souhaiteraient que le CRSSS soit plus enraciné, plus indépendant du MSSS, plus décentralisé, et quelques-uns parlent d'un conseil d'administration élu par l'ensemble de la population. Mais cette réflexion montre peu de continuité avec l'ensemble de la perception du CRSSS tel qu'il est, et la plupart des répondants semblent peu préoccupés par cet enracinement local. Même les représentants de la population au conseil d'administration du CRSSS semblent adopter une attitude plutôt élitiste, s'identifiant à l'institution régionale et à ses hauts fonctionnaires plutôt qu'à la population.

6.3 LE CRSSS "F"

CRSSS et population

Ce CRSSS n'est devenu actif qu'avec les compressions budgétaires, c'est-à-dire en 1980 environ; et seulement dans l'univers administratif interne au réseau car, pour la population de la région, il n'existe toujours pas. D'ailleurs pour plusieurs permanents, les relations avec la population, "ce n'est pas son rôle".

CRSSS et établissements

C'est donc un CRSSS administratif. Il faut passer par lui; mais on peut aussi le court-circuiter en utilisant le réseau politique qu'il craint et dont il préfère nier l'existence. Ce CRSSS se situe donc essentiellement dans la ligne de commandement, d'autorité administrative. Il tire son autorité du Ministère, de l'appui qu'il obtient de hauts fonctionnaires.

C'est le principal reproche que lui font les établissements: être trop près du Ministère, un "yes man", un "bras" du Ministère. Seuls les répondants appartenant au CRSSS croient qu'il a une marge de manoeuvre par rapport au Ministère. Les autres lui dénient cette possibilité. On dit aussi que c'est un organisme qui ne se préoccupe que de finances, sans s'intéresser à la qualité des services pour la population. Cela s'applique cependant surtout aux CSS et centres d'accueil. Les CLSC lui reconnaissent un rôle d'intermédiaire et de porte-parole auprès du Ministère. Quant aux hôpitaux, surtout les plus gros, ils le court-circuitent, en établissant des relations directes avec certains fonctionnaires du Ministère. D'autres établissements font de même, mais en passant par le circuit politique.

Son rôle d'animateur, de concertation entre les établissements, sans être inexistant, n'apparaît pas souvent. C'est l'image administrative, gérant des mandats du Ministère, de plus en plus nombreux, qui domine. Quant à son rôle vis-à-vis la population, pour tous les répondants, il est inexistant. Même les représentants de la population au conseil d'administration du CRSSS admettent généralement leur faible degré de pouvoir, leur rôle de "rubber stamp". Cela est cohérent avec la vision administrative du CRSSS qui se perçoit comme une équipe de fonctionnaires régionaux. Les représentants de la population au conseil d'administration du CRSSS sont en quelque sorte un comité consultatif auprès de l'équipe de permanents.

CRSSS idéal et conclusion

Malgré une perception globalement négative, la majorité des répondants tiennent au CRSSS, ne voyant pas d'autres alternatives à la centralisation à Québec, qu'on craint par-dessus tout. "Je préfère une technocratie régionale", comme l'affirme l'un d'entre eux.

Ce conseil régional s'inscrit donc nettement dans la ligne du commandement, à l'intérieur de l'univers administratif. Il refuse tout rôle politique, que ce soit de pression, ou de représentations de la population. Comme l'affirme plusieurs répondants, il fuit les " games politiques".

Mais le paradoxe c'est que son autorité apparaît finalement très faible. Il est court-circuité par la population et par certains établissements qui utilisent le circuit politique, ainsi que par les gros établisements qui utilisent "leur" fonctionnaire. Il a choisi de faire reposer entièrement son autorité sur les hauts fonctionnaires de Québec, mais ces derniers ne l'appuient pas, ne veulent pas ou ne peuvent pas l'appuyer. Ce CRSSS se retrouve donc sans légitimité. Il semble moins "respecté" par le Ministère que d'autres conseils qui osent contester en s'appuyant sur les forces vives dans la région. Le CRSSS "F" en cherchant sa force au MSSS, se retrouve en fait à sa merci. Son seul support vient du fait que certains établissements, surtout les CLSC, préfèrent encore une telle technocratie régionale aux anciens "pèlerinages" à Québec.

Dans cette région, deux clans s'opposent dans leur vision du CRSSS idéal. Dans le premier clan, on retrouve les permanents du CRSSS, d'un CLSC, d'un CH de même que les deux représentants du c.a. du conseil régional. Pour ces personnes, le CRSSS idéal existe déjà, sur papier du moins. Si cela ne fonctionne pas comme prévu, c'est parce que des fonctionnaires du MSSS mettent des bâtons dans les roues. Du côté de la permanence du CRSSS on ajoute aussi que cela provient du fait que les établissements sont surreprésentés au c.a. du conseil régional. Pour ces répondants il faut que le CRSSS soit mieux intégré dans une ligne de commandement.

Le second clan se compose d'un représentant au c.a. du CRSSS et des répondants des centres d'accueil, CSS et CH. Sauf pour le représentant au c.a. du CRSSS, le CRSSS idéal possède une toute autre permanence puisque pour ces répondants, le d.g. fait problème. Pour tous il faut que le CRSSS se fasse davantage connaître, qu'il prenne ses distances par rapport au Ministère, qu'il soit davantage un animateur, un consultant. On oppose ici ligne de commandement à circuit de la pression et les adeptes de cette position se recrutent en grande partie chez les praticiens sociaux.

6.4 LE CRSSS "I"

Dans la ligne de commandement

Pour la plupart des répondants, le CRSSS "I" a subi une évolution qui l'a fait passer d'une fonction principale de pression à une dimension de gestion pour le MSSS. Il s'inscrit donc dans la ligne de commandement. Sur le continuum "instrument de transmission - autorité régionale", le CRSSS "I" se situe plus près du pôle "instrument de transmission". On dit de lui qu'il est le prolongement du Ministère.

Un répondant caractérise l'attitude du CRSSS de la façon suivante: "C'est un adolescent docile qui ne se révolte jamais, espérant un jour que son papa lui laissera conduire son auto...".

Le représentant des établissements

La plupart des répondants jugent que le CRSSS joue un rôle important de lobbying pour tous les établissements auprès du Ministère, sans toutefois s'identifier à eux. Le CRSSS I est souvent perçu comme un enquêteur. Il n'est donc pas vraiment "régional", son image de représentant du MSSS l'emporte. Une majorité de répondants s'accordent

d'ailleurs pour dire que le CRSSS évite la plupart des pèlerinages à Québec.

Le CRSSS et la population

Le CRSSS a peu de liens avec la population, et, de toute façon, pour la plupart des répondants, il n'est pas là pour ça. Il est là pour les établissements, comme le montre cet exemple: à la demande des établissements, il a retiré de leurs locaux les circulaires qui avaient pour but de faire connaître le rôle du CRSSS à la population en matière de plaintes.

Les représentants de la population au conseil d'administration n'ont pas de pouvoir. Le directeur général contrôle le CRSSS. Il ne se base pas seulement sur son autorité administrative. En effet il exercerait aussi un pouvoir politique, à cause de sa visibilité régionale. Cette caractéristique le distingue du CRSSS "F" lequel ne jouait qu'à l'intérieur de l'univers administratif.

Sur le plan des rapports avec la population, il s'agit par contre d'un des rares CRSSS où on mentionne souvent comme dossier le plus important un élément qui a trait à la clientèle des établissements. Il s'agit donc, pour une fois, d'une réalisation du CRSSS qui est directement reliée à la population, en tant que client des établissements.

Par contre, ce CRSSS est généralement absent des dossiers hors réseau, pourtant nombreux dans cette région. C'est donc surtout par le biais des établissements que le CRSSS en arrive à des dossiers reliés à la population. Cela rejoint l'opinion d'un répondant: "Le CRSSS, ce n'est pas son rôle de s'occuper de la population; son rôle c'est de coordonner le réseau socio-sanitaire de sa région".

Il n'en reste pas moins remarquable de constater que la réalisation la plus importante du CRSSS (i.e. la plus souvent relevée) a trait aux bénéficiaires; surtout quand on pense à certains CRSSS où on mentionnait comme le dossier le plus important du CRSSS "le fait de s'être opposé aux places de stationnement payantes pour les employés", ou même "son déménagement dans de nouveaux locaux"...

Les relations internes CRSSS-établissements

Les répondants perçoivent le CRSSS comme un collaborateur utile, parfois comme un leader dans certains dossiers. En ce qui concerne les compressions budgétaires, seuls les centres d'accueil ont une attitude positive, les autres croyant qu'ils n'a été que l'instrument du Ministère. Un répondant lui reproche de ne pas s'être appliqué à lui-même les politiques de compressions: "le CRSSS, c'est les millionnaires de la place". On affirme de façon générale entretenir de bonnes relations avec le CRSSS, lequel ferait bien circuler les informations. Mais ce CRSSS n'est pas une fédération des établissements; il demeure distant, et même autoritaire, par rapport aux établissements.

Le CRSSS idéal

La vision du CRSSS idéal est extrêmement tranchée selon les catégories de répondants dans cette région: pour les représentants, la préoccupation principale est que le CRSSS soit plus visible aux yeux de la population, qu'il s'en rapproche et qu'il donne plus d'information. On désire en général que le Ministère décentralise davantage, notamment les budgets et qu'il augmente les pouvoirs décisionnels du CRSSS. Un représentant au C.A. du CRSSS souhaite que le CRSSS s'implique dans les dossiers initiés par la population. Plusieurs représentants souhaitent également que leur représentativité soit augmentée au c.a. du CRSSS, que des compensations financières soient prévues pour ceux qui tra-

vaillent et qu'un meilleur tri des représentants de la population soit fait de façon à ce que ceux qui siègent soient en mesure de comprendre ce qui se passe.

Chez les permanents, l'unanimité se fait sur un autre pôle: on veut que le CRSSS soit plus proche... des établissements. On accepte une plus grande décentralisation à condition que le CRSSS fasse participer les établissements à la prise de décision finale. Chez les permanents des établissements, on veut un CRSSS qui prend ses distances face au MAS, un organisme de pression contre le MSSS. Quelqu'un suggère qu'on ajoute une instance consultative, une sorte de conseil composé de représentants de la population auprès du CRSSS, rejoignant ainsi une des premières suggestions de structure de décentralisation du rapport Castonguay-Nepveu.

6.5 LE CRSSS "D"

On a vu que le CRSSS "F" se montrait allergique à toute forme d'action et de vie politiques; il se murait derrière l'administratif et en retirait finalement une image assez faible. Le cas du CRSSS "D" montre qu'on peut être, inversement, passablement politique, et aboutir à des résultats similaires.

Ce CRSSS se voulait d'abord le défenseur des établissements de la région, face au MSSS. Aujourd'hui, les élites régionales occupent le CRSSS. Mais on doute, en général, qu'il soit un véritable preneur de décisions; au contraire, il ne serait ni conseiller, ni décideur.

Pour les permanents, le CRSSS est devenu un véritable administrateur du système régional de santé et de services sociaux. Les représentants des établissements contestent ce rôle et affirment que le

CRSSS "D" ne remplit pas sa mission de planfication, de coordination, etc.

La population

La population demeure étrangère au CRSSS "D". Même les représentants au conseil d'administration "posent un problème", selon la pupart des répondants, parce qu'ils ne sont pas de véritables administrateurs et par conséquent, ne correspondent pas à la vocation actuelle du Conseil.

On note aussi une ignorance importante des gens du CRSSS à propos des initiatives communautaires. Certains répondants des établissements affirment même que le CRSSS est jaloux de ces initiatives, qu'il se sent en concurrence.

Le rôle du CRSSS

L'échec du CRSSS comme coordonnateur, un jugement répandu chez les répondants, doit être nuancé lorsqu'on tient compte des perceptions à propos de dossiers particuliers. C'est ainsi que la réalisation la plus importante du CRSSS retenue par le plus grand nombre de répondants a été la rationalisation des hôpitaux. Dans ce dossier, la plupart des répondants considèrent que le CRSSS a joué un rôle de coordonnateur, de conciliateur et d'arbitre important. Il a de plus joué un rôle politique puisque ce dossier ne pouvait aboutir sans considérer les jeux de pouvoir.

Il faut par contre noter que les représentants de la population au conseil d'administration considèrent que cette rationalisation des hôpitaux n'a été faite que dans une perspective d'économie financière, sans considération pour les services à la population. "Cela s'est fait

sur le dos de la population". Pour le reste des dossiers, la plupart des répondants n'appartenant pas au CRSSS ont considéré son rôle comme nuisible, ou, au mieux, comme un porte-parole peu convaincant auprès du Ministère.

Sur les compressions budgétaires, par exemple, les permanents des établissements considèrent que le CRSSS n'a joué aucun rôle; les représentants de la population ajoutent que personne n'a pensé à l'impact sur la qualité des services. Personne ne se serait préoccupé de cet aspect, "surtout pas au CRSSS".

Les relations CRSSS-établissements

Dans cette région, ce sont surtout les hôpitaux qui semblent avoir des relations avec le CRSSS. C'est surtout en faveur des hôpitaux que le CRSSS intervient sporadiquement auprès du MSSS. L'ensemble des établissements semblent avoir recours à la filière politique, plutôt qu'au CRSSS, lorsqu'ils ont affaire au Ministère. On passerait aussi souvent par le canal des associations d'établissements. On affirme recevoir plus facilement des informations par ce biais que par le Conseil régional.

Pour la majorité des répondants des établissements, le CRSSS applique les décisions du MSSS, sans trop les discuter. Le pouvoir du CRSSS sur les établissements est par ailleurs faible, comme le montre le dossier sur les immobilisations. La commission administrative des immobilisations décide pratiquement des priorités; s'il y a contestation par un établissement, celui-ci pourra exercer un droit de recours au conseil d'administration du CRSSS "D". Mais les représentants de la population au Conseil d'administration du CRSSS indiquent, quant à eux, qu'ils ne sont même pas au courant de la façon dont les budgets d'immobilisations sont distribués. Il ne font qu'entériner l'enveloppe glo-

bale, et se trouvent réduits au rôle de mécanismes de transmission de l'enveloppe du Ministère aux établissements, surtout pour les hôpitaux. Si donc le CRSSS exerce un minimum d'influence dans ce dossier, c'est par l'intermédiaire de ses permanents qui siègent aux commissions.

Le seul rôle du CRSSS vis-à-vis la population concerne les plaintes, qui sont par contre prises au sérieux. Il existe un dépliant disponible dans les établissements et on publicise ce service dans les média.

La suppression des CRSSS et le CRSSS idéal

Il s'agit d'une des régions où on hésite le moins à l'idée de supprimer le CRSSS dans sa forme actuelle. Certains aimeraient le remplacer par une structure plus locale et plusieurs affirment que cela ne changerait rien. Une déclaration mérite ici d'être relevée: "Si on compare le réseau des affaires sociales à une "game" de hockey, on peut dire que les établissements ce sont les joueurs, que l'arbitre en chef c'est le Ministère, et que le CRSSS, c'est un juge de ligne avec un sifflet sans grelot". Les centres hospitaliers conservent beaucoup de pouvoir, les répondants ne voient pas toujours ce qu'apporterait une modification du statut et du rôle du CRSSS ou son élimination.

Quant au CRSSS idéal, on peut difficilement dégager un portrait d'ensemble. Chose certaine le CRSSS en place n'est pas le CRSSS idéal. Trois répondants soulignent qu'il faudrait d'abord cesser de jouer "politique" et appuyer son action sur des dossiers sérieux et crédibles réalisés grâce à un leadership intellectuel actuellement inexistant. Tous les permanents des établissements considèrent que le CRSSS doit retourner à sa mission initiale: identifier les besoins, planifier et coordonner. On souligne alors qu'il lui faut cesser d'accepter des

mandats "d'administrateur". Deux permanents croient qu'il faudrait intégrer les DSC au CRSSS.

Deux répondants du CRSSS voudraient voir le CRSSS administré par des élus alors que les répondants des centres d'accueil y voient de "vrais" administrateurs (maires, hommes d'affaires, avocats, etc.) rémunérés, comme un C.A. d'entreprise privée. Un autre suggère que les représentants des groupes socio-économiques soient nommés par le CRSSS et non pas par le Ministre. Ce même répondant aimerait que les commissions régionales soient décisionnelles.

6.6 LE CRSSS "C"

Selon les personnes rencontrées, ce Conseil régional a tour à tour été, dans le passé, un instrument du Ministère, "un Conseil consultatif du Ministère", un organe au service des établissements, un sorte de lieu de concertation sans pouvoir autonome. Mais actuellement, et de façon presque unanime, on le perçoit comme impliqué dans une dynamique politique au niveau régional, et relativement autonome à la fois des établissements et du Ministère.

Le CRSSS et le MSSS

Il est difficile d'imaginer un conseil régional plus éloigné du Ministère, du moins dans le cadre de la loi actuelle. Un seul répondant perçoit le CRSSS "C" comme un instrument du MSSS. Pour les autres, il réalise certes la plupart des mandats qui lui sont confiés par le MSSS. Mais il les adapte, les applique, les conteste. De plus, c'est le seul Conseil qui ne tende pas à définir son autorité comme étant celle de représentant du Ministère. Dans cette ligne hiérarchique, il se situe carrément entre les établissements et le Ministère.

La tête du réseau régional

Pourtant, ce Conseil régional ne s'identifie pas non plus aux établissements. Il ne se perçoit pas, et n'est pas perçu non plus, comme étant uniquement le représentant des établissements. Il joue un rôle d'animateur, de coordonnateur, d'arbitre. Il est utile aux établissements. Mais il n'est pas leur instrument. Il tente de jouer un rôle d'autorité, d'être autonome, de sorte qu'on ne peut en aucun cas décrire son rôle comme se limitant à une représentation des intérêts des établissements auprès du Ministère: il tente aussi d'être leur supérieur hiérarchique. C'est ce que montre à la fois l'analyse des dossiers et la perception de la majorité des répondants, y compris celle des membres du conseil régional.

Le CRSSS et la population

Si ce CRSSS ne se définit pas comme représentant du Ministère en région, et si par contre il souhaite assumer un rôle d'autorité vis-à-vis les établissements, comment peut-il légitimer ce rôle hiérarchique? De l'avis de la grande majorité des répondants, et particulièrement des membres du Conseil d'administration du CRSSS, c'est par une légitimité politique que le CRSSS voudrait établir son autorité, en s'appuyant sur la population régionale. C'est donc en tant que représentant de la population régionale que le CRSSS "C" veut établir son autorité.

Comme partout, l'opinion publique ignorerait le CRSSS, d'après les répondants. Mais il n'en reste pas moins que la population est indiscutablement présente au Conseil: tous les représentants affirment qu'ils sont là pour la population, que c'est leur raison d'être au Conseil. Par contre, certains représentants affirment que leur participation au CRSSS a surtout eu pour effet de les éloigner des problèmes

de la population au profit des "problématiques administratives du réseau".

CRSSS idéal et conclusion

Le modèle sous-jacent rejoint donc celui d'un gouvernement régional élu par la population, ce qui ressort d'ailleurs fréquemment dans la perception du CRSSS idéal. Cette volonté de créer une autorité politique régionale risque d'entraîner une perte d'autonomie des établissements.

6.7 LE CRSSS "E"

Le CRSSS et le Ministère

Ce conseil régional est très près du Ministère, et même du Ministre... Il a des contacts réguliers "au plus haut niveau". Mais paradoxalement, son autorité dans la région est faible, à cause de l'importance de certains établissements, de l'expertise qu'ils détiennent et des liens directs qu'ils ont eux aussi avec le Ministère, autant au niveau politique qu'au niveau administratif. Si donc le CRSSS "E" se situe théoriquement dans la ligne de commandement, par proximité au Ministère, son degré d'autorité est par contre faible.

Les établissements

Le CRSSS "E" n'est pas non plus le représentant des établissements auprès du Ministère. D'abord parce que, seule une faible proportion d'établissements sont représentés au Conseil; en particulier, les établissements périphériques à la région ne se sentent pas représentés par ce conseil régional. De plus, comme nous l'avons mentionné, les établissements importants ont tous leur contact direct avec le Ministère;

ils ne semblent pas avoir besoin du conseil régional de la même façon que dans d'autres régions.

Ce conseil assure aussi une fonction de gestion directe importante de services en commun pour les établissements. Les trois répondants qui se sont prononcés sur ces services les ont considérés inefficaces et incapables de produire des économies d'échelle; d'après eux, il en coûterait moins cher de passer par l'entreprise privée.

Le CRSSS et la population

La population en général est encore très loin du conseil régional, sauf pour les services directs. Plusieurs répondants affirment que les plaintes sont prises au sérieux dans ce conseil régional et qu'on essaie d'y donner suite. Mais du côté des établissements la majorité affirme que cela est peu utile.

Dans l'ensemble des comités, des commissions, etc., on affirme faire un effort pour obtenir la représentation de la population. Mais il n'en reste pas moins qu'il s'agit essentiellement d'un organigramme constitué de permanents du réseau socio-sanitaire.

Par contre, on note souvent un effort de relation avec les organismes bénévoles, hors réseau. Le conseil d'administration du CRSSS joue un rôle important de plate-forme politique, à partir de laquelle certains groupes de la population tentent d'influencer le Ministère. Cela est conforme à la perception générale qu'on a du Conseil: un organisme qui est très près du Ministre, sans détenir une autorité et une autonomie régionales suffisantes.

CRSSS idéal et conclusion

En conclusion ce Conseil régional est perçu comme ayant eu peu de pouvoirs, ni d'autorité. Il se définit lui-même comme un "animateur", bien que, en dehors du CRSSS, plusieurs répondants doutent de ce rôle et affirment qu'il s'agit là d'une bureaucratie à laquelle ils n'ont pas accès.

Une proportion importante des répondants souhaitent peut-être en compensation de ces lacunes, un CRSSS idéal qui équivaudrait à une sorte de gouvernement régional élu par la population, avec pouvoir de taxation. Un autre groupe, non moins important, voit le CRSSS idéal comme un organisme chargé exclusivement de planification et de programmation sur le territoire.

6.8 LE CRSSS "H"

Le CRSSS "H" essaie de se situer dans la ligne de commandement administratif plutôt que politique. A la différence du CRSSS "E", il est perçu comme étant près du Ministère plutôt que du Ministre... A travers son histoire, il a collé de très près au rôle de mandataire et il a été perçu comme remplissant mal ses autres rôles de représentant de la population ou d'arbitre, de coordonnateur et d'animateur des établissements. Cependant, cette image est peut-être en train de changer.

Pour la plupart des répondants le CRSSS "H" se situe encore aujourd'hui dans la ligne de commandement. Ses permanents sont perçus comme des fonctionnaires en région. La majorité des répondants affirment par exemple que c'est au Ministère que le CRSSS est le plus utile. Cela apparaît notamment dans le dossier des compressions budgétaires. Alors que dans la plupart des régions les CRSSS sont perçus

comme ayant évolué d'un rôle de mandataire du MSSS à celui de défenseur - au moins partiellement - des établissements, le CRSSS "H" est nettement perçu comme ayant réalisé la "sale job" du Ministère, encore aujourd'hui. Cependant, dans les réponses concernant d'autres dossiers, plusieurs personnes mentionnent le rôle d'arbitre, de concertation, et même parfois un certain rôle de péréquation infra-régionale qu'aurait rempli le CRSSS.

Le CRSSS et les établissements: une remontée

Par la suite, cette vision semble s'être modifiée en faveur d'un rôle plus actif à l'égard des établissements. En dépit d'une indifférence relative des établissements à l'égard du CRSSS sur un plan général, on note que, dans les dossiers, le conseil est très souvent perçu comme utile. Même sur le plan budgétaire, quelques répondants précisent que la situation s'améliore, notamment dans le domaine de la péréquation régionale, qui amène à déplacer des sommes d'argent d'établissements riches à des établissements plus pauves: c'est grâce à ce type d'interventions que le CRSSS réussirait, de plus en plus, à modifier son image. Cependant, la plupart des répondants ajoutent que le Conseil a pris ce dossier en marche, qu'il s'est contenté de l'appuyer.

Le principal rôle sur lequel les répondants insistent est celui d'intercesseur auprès du Ministère. On croit qu'il réussit à accélérer les dossiers, à sensibiliser le Ministère.

Le CRSSS et la population

Comme partout ailleurs personne ne s'intéresse au CRSSS sauf les bénévoles et certaines personnes pour les plaintes. Les représentants

de la population lui reprochent encore plus qu'ailleurs son hermétisme et son jargon administratif.

Par contre les relations avec certains organismes hors-réseaux sont souvent mentionnées. Et les opinions à l'égard du CRSSS sont positives.

Les représentants au conseil d'administration considèrent n'avoir aucun pouvoir et être soumis à la permanence de l'établissement pour la majorité des dossiers. Même si ces représentants paraissent dynamiques, ils n'arriveraient pas à remplir leur rôle; ils attribuent d'ailleurs cette lacune à la trop grande proximité du CRSSS par rapport au Ministère. Tout se passe comme si le Conseil restait trop près du Ministère pour donner prise à la fois aux autres partenaires et aux autres rôles.

CRSSS idéal

Comme dans plusieurs autres régions quelques répondants envisagent comme solution à cette impasse l'élection au suffrage universel. Ce modèle n'est cependant pas généralisé. Par contre la grande majorité revendiquent avec force une décentralisation infra-régionale d'envergure.

6.9 LE CRSSS "A"

Relations CRSSS-Ministère

Traditionnellement, le CRSSS "A" était considéré comme un appendice du Ministère dans la région. Cette identification au Ministère a d'ailleurs provoqué une telle hostilité de la part des établissements qu'elle a entraîné des conflits ouverts. Cette identification du CRSSS

au Ministère, soulignée par une nette majorité de répondants, était pour la permanence un gage de pouvoir important, en même temps qu'assez relatif, puisque reposant sur le statut de "quasi-fonctionnaires" du Ministère. On affirme que, dans cette situation, les gros établissements et les établissements régionaux comme le CSS courtcicuitaient le CRSSS le plus possible.

Un nouveau lien avec les établissements

Par la suite, la situation aurait largement évolué et, au dire de presque tous les répondants, ce CRSSS serait entré dans une ère nouvelle. Il se serait de plus en plus solidarisé avec les établissements afin de s'imposer au Ministère. Ce virage serait devenu manifeste avec les compressions budgétaires, qui semblent avoir joué un véritable rôle de catharsis dans la région. Dans une première phase, le CRSSS aurait tenté d'appliquer les consignes du Ministère à la lettre. Mais il aurait rapidement pris conscience de l'impasse dans laquelle il se plaçait s'il continuait à être aussi près du Ministère. "Trop c'est trop" ont affirmé de nombreux répondants.

La nouvelle stratégie du CRSSS s'établit dorénavant sur la complicité et la concertation avec les établissements d'une part et, sur les élites régionales d'autre part. Il faut remarquer que cette complicité s'établit surtout avec les gros établissements situés au centre de la région. Les établissements périphériques ou plus modestes seraient encore laissés de côté et n'auraient pas la même perception du Conseil. Si les répondants du Conseil régional présentent, quant à eux, l'image d'un rôle de concertation inter-établissements, d'animateur et même d'initiateur de fronts communs, le portrait n'est pas tout à fait le même du côté des établissements.

Du côté des établissements centraux, hôpitaux et CSS, le CRSSS est maintenant perçu comme un collaborateur. D'ailleurs son pouvoir est assez faible, comme l'indique par exemple son rôle à la Commission administrative des immobilisations, qui lui échappe complètement. Peu de répondants du Conseil savent ce qui se passe dans cette commission, comme si ce dossier passait directement du Ministère aux hôpitaux. Par contre la perception des centres d'accueil et des CLSC est beauoup moins positive. Le Conseil ne soutiendrait pas ces établissements. Il se contenterait de les juger. Alors que dans les autres régions les CLSC étaient souvent les établissements les plus positifs à l'égard du CRSSS, on retrouve la situation inverse ici. On décrit le CRSSS comme insensible aux besoins locaux, et aux problèmes des services dispensés, seulement préoccupés par les problèmes bureaucratiques de division territoriale, d'uniformisation des territoires, quitte à sacrifier l'efficacité et à ne pas respecter le découpage "réel", c'est-à-dire en fonction des habitudes des clientèles.

En conclusion, il semble bien que les relations avec les établissements soient bonnes avec les établissements de grande taille ou situés au centre de la région, mais qu'elles se dégradent avec l'éloignement et en fonction inverse de la taille.

Le CRSSS et la population: l'élite régionale

La population n'est pas absente de ce Conseil régional. On doit, par exemple, noter l'influence certaine du président du Conseil d'administration. Notons aussi un certain soutien aux organismes bénévoles.

Par contre à l'exception du président, les membres du Conseil d'administration exercent peu d'influence et ignorent même souvent ce qui se passe. Même si le Conseil d'administration a pris une décision, "tout dépend de ce que décidera d'en faire la permanence", nous affirme

un représentant du Conseil. Le conseil d'administration ressemble ainsi à un organisme consultatif auprès d'une instance régionale du gouvernement central ou d'une fédération régionale de permanents d'établissements. De plus, cette mince ouverture à la population semble restreinte encore une fois au centre de la région, sans égard à la périphérie. Ce modèle se reproduit dans les relations du Conseil avec les organismes bénévoles. Les organismes bénévoles qui sont situés dans la même ville que le CRSSS affirment entretenir de bonnes relations; mais ceux qui sont situés à la périphérie ont une perception beaucoup plus négative. On peut résumer ainsi la perception de plusieurs répondants non permanents: le Conseil accorde une certaine importance à la population; mais lorsqu'il y a un vrai problème, ou que c'est urgent, c'est sur le député qu'il faut compter. C'est en passant par le député que les bénévoles et la population pensent pouvoir vraiment influencer le Conseil régional... et le Ministère.

CRSSS idéal et conclusion

Ce Conseil régional vit actuellement une nouvelle alliance établissement-élite régionale. Il souhaite de plus en plus répondre de ses actions au milieu régional. C'est pourquoi plusieurs répondants souhaitent élargir la représentation de la population au Conseil d'administration, allant, comme dans d'autres régions, jusqu'à l'élection au suffrage universel. Mais cette tendance est minoritaire. C'est plutôt sur la régionalisation des budgets que les répondants insistent, ce qui montre bien l'importance relative des établissements et de la population dans ce couple inégal. Rappelons aussi que l'alliance avec les établissements semble s'être arrêtée au centre de la région et avoir peu affecté la périphérie, laquelle ne se sent pas impliquée dans l'aventure et perçoit encore le CRSSS comme une autorité peu sensible aux problèmes locaux et aux services dispensés à la population par les petits établissements. Cette région connaît aussi d'importants problè-

mes de découpage infra-régional qui se traduisent au niveau local par le fait que les pratiques réelles de la clientèle ne correspondent pas au découpage de la région, surtout en périphérie. Or ces problèmes, souvent mentionnés par les répondants des établissements locaux, sont absents dans les entretiens des élites régionales. Le CRSSS veut donc s'appuyer sur la population, mais sur un certain secteur, c'est-à-dire sur l'élite régionale non directement impliquée dans les services. Cette orientation pose un problème intéressant: une institution régionale forte, qui affaiblirait, ou même éliminerait les conseils d'administration locaux des établissements (voir le CRSSS "C"), n'éloignerait-elle pas encore plus le réseau des affaires sociales des besoins de sa clientèle?

6.10 LE CRSSS "G"

Reposant sur un territoire sans cohésion régionale, le CRSSS "G" tente d'imposer un modèle relevant directement de la ligne de commandement. Définissant leur mission autour de la notion d'intendance générale dans la région, les représentants du CRSSS reprochent au Ministère ses mandats inapplicables, l'excès de sa réglementation, et ses directives tâtillonnes. Ce CRSSS souhaite des mandats clairs, qu'il serait capable de mener sans ingérence du Ministère. Il déplore aussi une certaine concurrence entre lui-même et le MSSS; il revendique le statut d'interlocuteur quasi exclusif des établissements. Cependant, plusieurs répondants lui préfèrent le Ministère, et même le Ministre.

Les relations avec les établissements

En fait, pour la plupart des établissements, ce CRSSS ne parvient pas à se poser en coordonnateur du réseau régional, en dépit de la volonté des membres du CRSSS à cet égard. On associe l'incapacité du CRSSS à son refus de s'engager dans le circuit de la pression, qui

serait une condition pour avoir un véritable rapport de force associant le Conseil et les établissements. Les établissements perçoivent le CRSSS comme le mandataire du MSSS, l'exécutant trop docile de décisions qui laissent la région dans un état de sous-développement relatif. D'autre part, l'inconscience du CRSSS minerait sa crédibilité auprès des établissements; mais c'est là aussi exactement ce que le CRSSS reproche au Ministère. Ainsi dans les compressions budgétaires, le CRSSS affirme qu'il a pu faire ressortir la sous-budgétisation de nombreux établissements et poser les bases d'une action concertée avec les établissements. Mais, dans les faits, il n'a pas pu infléchir le Ministère. Il s'est donc, encore une fois, retrouvé avec un rôle d'exécutant du Ministère.

On reconnaît cependant parfois que le CRSSS est intervenu en faveur de certains établissements, pour éviter la tutelle par exemple ou pour contribuer à un certain allègement des compressions budgétaires (très léger cependant), et même une certaine péréquation inter- établissements. Mais cette image d'un Conseil qui défend les établissements ne parvient pas à s'imposer.

C'est toujours au Ministère qu'on associe le CRSSS; d'une part parce que celui-ci en appelle au Ministère lorsqu'il se heurte aux établissements qui refusent de participer, d'autre part parce qu'on a toujours l'impression que, si le CRSSS obtient quelque chose, c'est que le MSSS a bien voulu céder.

Au fond nous sommes en présence de deux modèles extrêmement éloignés. Les établissements perçoivent le Conseil comme une sorte de concurrent des établissements, alors qu'il le préfèreraient dans un rôle d'animateur d'une sorte de "coopérative". De son côté le Conseil régional conçoit les établissements comme étant "ses employés". Ce sont donc deux conceptions qui s'affrontent. Le Conseil réussit d'au-

tant plus mal à établir sa légitimité hiérarchique par rapport aux établissements, qu'il refuse de jouer le jeu politique. Cette opposition de deux conceptions se manifeste particulièrement dans la question portant sur la disparition du CRSSS où, nulle part ailleurs que dans cette région, les établissements acceptent aussi facilement cette éventualité.

Le CRSSS et la population

Les représentants de la population au Conseil d'administration détiennent très peu de pouvoir. Selon la plupart d'entre eux ils sont des "rubber stamp". Le processus décisionnel leur échappe. Et c'est par le député de la région qu'ils peuvent éventuellement infirmer des décisions du CRSSS... Le Conseil d'administration, globalement, semble donc avoir peu de pouvoir.

Ce CRSSS manifeste une volonté évidente de s'ajuster aux besoins de la région et d'accroître sa visibilité régionale. Mais cet effort ne semble guère couronné de succès, du moins si on en juge par les entrevues réalisées auprès des présidents d'établissements. Ceux-ci connaissent très mal le Conseil régional, en particulier les établissements situés en périphérie.

Quant à la population en général elle ne s'intéresse pas au Conseil. Seuls les groupes organisés entretiennent des relations avec le CRSSS, notamment en vue de la distribution des subventions aux organismes bénévoles. Le CRSSS pensait pouvoir améliorer sa légitimité en intéressant la population à la gestion des services. Mais il admet avoir échoué à ce niveau. Les assemblées régionales et même sous-régionales attirent très peu de personnes.

Par contre les permanents des établissements ne s'en étonnent guère. Ils affirment même que c'est à eux qu'incombe la responsabilité de représenter la population. Les besoins doivent être identifiés par les établissements qui dispensent les services.

On doit cependant souligner que ce Conseil régional accorde une très grande importance au traitement des plaintes. Il a publié à des milliers d'exemplaires un guide pour informer la population. On vérifie le bien fondé de chaque plainte. On la transmet à l'établissement et à un comité des plaintes. On n'exclut même pas la possibilité d'un support financier aux plaignants s'il s'avérait nécessaire d'entreprendre un recours judiciaire. Cette attitude dénote sûrement un besoin d'enracinement et un souci de s'assurer une certaine légitimité à partir de la population de la région.

Malgré les critiques sévères des établissements à l'endroit du CRSSS sur le plan global, souvent leur opinion sur les dossiers renvoie une image plus positive, celle d'un CRSSS utile aux clients et contribuant à l'amélioration des services. Il n'est pas évident que les répondants fassent la distinction entre ce qui est utile aux bénéficiaires et ce qui est utile à l'établissement.

CRSSS idéal et conclusion

"Le CRSSS idéal? Ce serait qu'il n'y en ait pas", affirme un répondant. Cette opinion est minoritaire au sein des répondants des établissements qui en majorité reconnaissent l'utilité du CRSSS dans certains dossiers et voudraient voir le gouvernement lui confier plus de pouvoirs. Plusieurs permanents soulignent qu'ils voudraient un CRSSS plus près des établissements.

En conclusion on pourrait dire que le CRSSS "G" n'arrive pas à mettre en pratique le rôle d'autorité régionale qu'il souhaite se donner, et cela principalement à cause de la faiblesse de la région elle-même, de l'absence de légitimité régionale sur laquelle pourrait reposer cette autorité, ce qui le conduit à se retirer dans un espace administratif qui en fait le jouet du Ministère et l'empêche d'acquérir une crédibilité nécessaire pour remplir sa mission, telle qu'il la conçoit.

6.11 LE CRSSS "B"

De prime abord, on se serait attendu à ce que les perceptions relatives au CRSSS "B" diffèrent de celles qui ont été exprimées à l'endroit des autres CRSSS. La région desservie par le CRSSS "B" est en effet relativement bien pourvue en ressources socio-sanitaires. Pourtant le CRSSS "B" n'échappe guère aux tendances observées ailleurs, et demeure lui aussi coincé entre le MSSS et les établissements.

Le CRSSS et la population

Le CRSSS "B" n'accorde pas beaucoup d'importance à son rôle de représentant des intérêts de la population. La responsabilité du traitement des plaintes lui pèse lourd: on le sent en effet plus préoccupé par le désir d'éviter les conflits avec les établissements que soucieux de défendre les usagers du réseau. C'est d'ailleurs dans ce CRSSS que le président du conseil d'administration "n'est pas assez informé pour savoir si la population est assez informée du service des plaintes..."

On déplore certes le peu d'assise populaire du CRSSS et son incapacité à susciter une participation véritable; mais aucune initiative sérieuse n'a été entreprise par le CRSSS pour y remédier. Les établissements s'y seraient d'ailleurs sans doute opposés, par crainte de

voir cette ouverture du CRSSS sur le milieu remettre en question leur propre pouvoir. L'analyse des interventions du CRSSS dans les dossiers initiés par la population renforce d'ailleurs cette impression: la collaboration offerte aux organismes populaires et bénévoles a le plus souvent débouché non sur un renforcement de ces organismes, mais plutôt sur l'implantation d'un nouvel établissement dans la région ou encore sur un contrôle accru de l'organisme par le réseau.

Le degré d'utilisation du CRSSS "B" par la population est donc très faible. Plus encore, cette dimension, liée à la capacité de la population à exercer des pressions sur le réseau à travers le CRSSS, semble ici inversée. Ce sont en effet les établissements qui utilisent le CRSSS pour encadrer la population et freiner les initiatives qui s'écartent de leurs propres modèles d'intervention.

Le CRSSS et les établissements

"Le CRSSS c'est nous autres, les établissements": voilà qui en dit long sur la nature de la relation entre le CRSSS "B" et les établissements de la région. Ceux-ci exercent une emprise telle sur les différentes commissions qu'un permanent du CRSSS se demande si celui-ci n'est pas qu'un simple employé des établissements...

C'est dans cette perspective qu'il faut interpréter la vision du CRSSS "B" en tant qu'outil de gestion régional. Le CRSSS est un lieu nouveau - mais non le seul - où les établissements exercent leur pouvoir; ils y sont d'ailleurs animés davantage par un esprit de compétition inter-établissements que par la recherche d'une véritable complémentarité régionale. Cependant, tous n'ont pas le même poids. Certains sont même relativement exclus du CRSSS, notamment certains établissements du secteur social (CSS et Centres d'accueil), tandis que d'autres l'ont investi pour mieux en contrôler les interventions.

Cette stratégie d'utilisation du CRSSS par les établissements du secteur santé - y compris les CLSC - semble d'ailleurs avoir porté fruit puisque l'on reconnaît que le CRSSS "B" s'est déjà fait le porte-parole d'une volonté "régionale" auprès du MSSS (e.g. implantation de CLSC, obtention de ressources additionnelles). Bref, on s'accomode des interventions du CRSSS lorsque celles-ci s'inscrivent dans un cadre purement administratif: le CRSSS peut alors agir comme médiateur et collaborateur; il peut même faire preuve d'une certaine autorité... si celle-ci repose sur une décision conforme à celles des établissements dominant au CRSSS! Les établissements ne se gênent d'ailleurs pas pour intervenir directement auprès du MSSS lorsque les "initiatives" du CRSSS vont à l'encontre de leurs intérêts. Le CRSSS "B", ne parvient donc pas à dégager une vision globale de sa région. La prise en charge régionale du réseau obéit davantage à une logique de défense des intérêts particuliers des établissements - parfois même au prix d'un court-circuitage de l'organisme censé assurer leur participation à l'administration régionale - qu'a une volonté de promotion collective des intérêts régionaux.

Paradoxalement, les "exclus" se disent pourtant plus ouverts à l'idée d'une collaboration avec le CRSSS "B" que les établissements du secteur sanitaire. Il faut bien voir toutefois que se trouvent ici opposées deux conceptions différentes du rôle idéal du CRSSS, comme nous verrons à cette section.

Le CRSSS et le MSSS

Ce relatif asservissement du CRSSS "B" à certains types d'établissements de la région doit toutefois être mis en parallèle avec le rôle des CRSSS en tant que mandataire du MSSS. "Sans le CRSSS, le MSSS n'aurait pu mener à terme le dossier des compressions budgétaires", affirment unanimement les membres du conseil d'administration du CRSSS

"B". Ce serait donc d'abord au MSSS que le CRSSS a été utile dans ce dossier, même si les exigences excessives de "rationalisation" ont provoqué - tardivement, il est vrai - le développement d'une certaine solidarité entre le CRSSS et les établissements. Ce rapprochement semble là encore s'être effectué davantage au profit du secteur sanitaire; il marque donc une fois de plus l'interférence continue entre l'engagement du CRSSS dans des rapports de force régionaux qui tendent à l'inscrire dans le circuit de la pression, et l'exercice de ses fonctions reliées à la ligne de commandement.

Dans la région desservie par le CRSSS "B", cette interférence atteint des proportions telles que le MSSS - pas plus que les établissements d'ailleurs - paraît ne pas hésiter à passer par-dessus le CRSSS pour s'adresser directement aux établissements. Déjà faible, la marge de manoeuvre du CRSSS "B" disparaît alors tout à fait.

CRSSS idéal et conclusion

Deux tendances sont présentes quant à la vision du CRSSS idéal. La première envisage un CRSSS plus autonome, dotée d'une assise populaire et d'une expertise professionnelle, se combinant pour décider des priorités régionales: on souhaite un CRSSS moins administratif, moins bureaucratique, à la tête d'un réseau régional véritablement intégré - ce que le CRSSS "B" n'est pas, dans la mesure où il est assujetti à certaines catégories d'établissements. Dans la seconde on retrouve les tenants d'une conception purement utilitaire du CRSSS: ils souhaitent un renforcement des pouvoirs administratifs du CRSSS, pouvoirs qu'ils espèrent ensuite rapatrier pour accroître leur emprise sur l'organisation des services en région. Ce n'est pas tant l'expérience de décentralisation qui leur semble menaçante, mais bien ses limites puisque celles-ci constituent à leur tour autant de freins au contrôle qu'ils exercent eux-mêmes à partir de leur propre base de pouvoir.

6.12 EN GUISE DE CONCLUSION

La réalisation des onze tableaux qui marquent ce chapitre - un pour chaque CRSSS - représentait un projet ambitieux: comment reconstruire les perceptions des acteurs en une identité propre à chacun des CRSSS, sans, du même coup, trahir la confidentialité des réponses ou même l'équilibre atteint au niveau régional entre les divers groupes en présence? Comment doser les couleurs de manière à présenter le mieux possible les caractères significatifs de "leur" CRSSS cités par les répondants: à cet égard, la récurrence des opinions ne parait pas toujours plus significative que d'autres éléments, comme l'identité de leurs auteurs, ou même la saveur des propos. Nos coups de pinceaux ne pouvaient donc se satisfaire des seules opinions majoritaires sur un plan statistique, approche non conforme à la méthodologie de notre démarche telle qu'exposée en introduction au présent ouvrage. Il nous fallait aussi utiliser comme matériau les coups de dents ou les coups d'encensoir même minoritaires pour mieux défrayer le "style" propre à chacun des CRSSS.

Les réalités ainsi dépeintes se situent sur un continuum des fonctions administratives et politiques, qu'il s'agit maintenant d'exploiter pour mieux comprendre comment, dans les espaces de libertés ou de manoeuvre des définitions légales, les Conseils régionaux ont construit leur mission et défini des modes d'intervention qui donnent son visage à la décentralisation du réseau socio-sanitaire québécois.

TYPES DE CRSSS ET VISAGES DE LA DÉCENTRALISATION DANS LE RÉSEAU SOCIO-SANITAIRE

Les tableaux du chapitre précédent présentait une image de chaque CRSSS, telle qu'elle se forme lorsqu'on les situe sur chacune des dimensions définies plus haut:

1. le commandement
2. la coordination régionale
3. la pression des établissements vers le Ministère
4. la pression de la population vers le Ministère
5. la pression de la population vers les établissements

L'objectif du présent chapitre est de synthétiser cette information en situant de nouveau chacun des conseils sur chacune de ces dimensions, calibrées selon un pointage de un à cinq. De cette façon, les CRSSS qui se ressemblent en fonction de l'importance accordée à telle ou telle dimension vont se retrouver ensemble, ce qui rendra possible une première définition des types de conseils régionaux; en même temps, cette approche permettra de faire apparaître l'importance des variations d'une région à l'autre.

Toutefois, afin d'éviter toute interprétation "mystificatrice" pouvant résulter d'un tel traitement quantitatif des résultats, il importe de préciser que le poids accordé à chaque CRSSS sur chacune des dimensions ne sera pas mécanique. Dans une telle opération en effet, les données sont largement interprétées par les chercheurs; le fait de les exprimer par un chiffre n'accorde aucun nouveau statut (plus "scientifique") à la démarche d'ensemble. Cette opération n'est donc rien de plus qu'une façon commode de résumer les résultats pour pouvoir les comparer. Ce que nous gagnons en "précision" est perdu en nuances qu'on peut cependant retrouver dans les sections précédentes. Normalement chaque lecteur pourrait arriver à des résultats similaires, à partir des sections précédentes, lesquelles présentaient une première synthèse des résultats exprimée qualitativement, s'il leur applique la pondération des principaux indicateurs que nous utilisons au cours du présent chapitre.

7.1 PONDÉRATION DES INDICATEURS ET PERFORMANCE DES CRSSS

Certains des indicateurs refèrent à un condensé de nombreuses informations, alors que d'autres portent sur une question précise du schéma d'entretien. De plus, certains indicateurs sont utilisés dans plusieurs des cinq dimensions de l'analyse.

Les indicateurs suivants ont été retenus:

1. Importance accordée aux plaintes;

2. importance (rôle et pouvoir) des usagers et des représentants de la population dans la structure: conseil d'administration, commissions administratives ou autres instances;

3. pouvoir spécifique des représentants de la population au conseil d'administration, notamment du président;

4. membres du conseil d'administration du CRSSS: conception de leur rôle (en particulier les représentants de la population);

5. refus du "politique" et perception du processus politique par les membres du CRSSS;

6. degré d'enracinement du CRSSS, notamment en périphérie de la région;

7. type de dossiers choisis par les interviewés comme étant le plus important dossier du CRSSS;

8. rôle du CRSSS dans chacun des dossiers identifiés par les interviewés: dossier le plus important, dossier important pour les établissements, compressions budgétaires;

9. évolution du rôle du CRSSS dans le dossier des compressions budgétaires;

10. importance des commissions administratives régionales par rapport au conseil d'administration: rôle, pouvoir.

A partir de ces indicateurs, chaque Conseil a été situé sur chaque dimension, selon le code suivant:

Dimension 1: commandement

1. Simple boîte aux lettres sans ressort et sans apport particulier

2. accepte et exécute ou fait exécuter les mandats

3. accepte les mandats, mais les "adapte" aux spécificités de la région

4. accepte les mandats, mais les adapte et les modifie

5. équivalent d'une sorte de "préfet régional" avec autorité politique déléguée. Aucun CRSSS n'obtient ce score.

Dimension 2: coordonnateur régional

1. Salle de réunion

2-3. collaborateur, soutien

4. animateur

5. "autorité" régionale reconnue sur les établissements (un indice important: l'existence de péréquation inter-établissements).

Dimension 3: pression: établissement vers le Ministère

1. Boîte aux lettres

2. intervention ponctuelle en faveur d'un établissement spécifique

3-4. interventions plus nombreuses; initiative en faveur d'établissements

5. se définit comme instrument de représentation et de défense de l'ensemble des établissements du territoire auprès du Ministère.

Dimension 4: pression: de la population vers le Ministère

1. Population absente, refus généralisé du "politique"

2. le CRSSS a défendu au moins un dossier de la population (organismes bénévoles ou usagers) auprès du Ministère, même s'il s'est fait souvent "forcer la main"

3-4 CRSSS défend à plusieurs reprises la population, en est en quelque sorte le porte-parole, parfois même contre un établissement de la région

5. le CRSSS est perçu généralement comme défendant les intérêts de la population auprès du gouvernement; visibilité, voire légitimité politique régionale.

Dimension 5: pression de la population auprès des établissements

1. Population absente du CRSSS

2. population ou usagers présents au moins sous un des aspects suivants: importance des plaintes, usagers membres des structures autres que conseil d'administration, pouvoir des non permanents (notamment le président) au conseil d'administration, dossier favorable aux usagers

3-4 usagers et population présents sous plusieurs aspects

5. le CRSSS est perçu de façon positive, comme défenseur de la population auprès des établissements pour la majorité des indices.

Le tableau de la page suivante présente les résultats de l'application de ces grilles pondérées à chacun des CRSSS; les conseils y sont identifiés selon le code utilisé au chapitre précédent.

Une première constatation s'impose: le modèle que recommandait Vincent Lemieux en 1974[1] ne s'est pas réalisé. En effet, c'est sur les dimensions qui relient le CRSSS à la population (4 et 5) que les conseils sont les plus faibles, comme l'indique le total des scores obtenus. Les conseils ne se sont donc guère situés dans le "circuit de la pression"; ils ont peu développé le rôle de véhicule des demandes et réactions de la population régionale face au réseau d'établissements et face au ministère de la Santé et des Services sociaux comme le recommandait Lemieux. On se souviendra que, pour plusieurs répondants

1 V. Lemieux et al, opus cit.

Tableau 5: Pointage des CRSSS pour chacune des dimensions étudiées.

CRSSS	1 Commandement	2 CRSSS au service des établissements	3 Pression: établissements ↓ MSSS	4 Pression: Pop. ↓ MSSS	5 Pression: Population Pop. ↓ établissements	Total
A	2	4	3	2	3	14
B	2	4	4	1	1	12
C	1	4	5	5	4	19
D	2	2	1	1	1	7
E	2	3	2	3	3	13
F	3	1	2	1	1	8
G	3	1	2	1	2	9
H	3	4	4	2	1	14
I	4	4	4	2	1	15
J	2	2	2	1	1	8
K	3	3	3	2	1	12
Total	27	32	32	21	19	131

Type de pouvoir: GESTION PRESSION

leur conseil régional a déjà joué un peu un tel rôle dans le passé. Mais cette époque s'est évanouie avec l'accroissement des mandats administratifs confiés aux conseils régionaux par le Ministère. Dans cet univers qui, comme plusieurs informateurs l'ont souligné, possède de plus en plus une culture d'entreprise très forte, les conseils régionaux ne sont pas le lieu principal (ni même seulement un lieu significatif) où la population viendrait exprimer ses besoins, manifester ses réactions, réclamer des services et porter un jugement sur ceux qu'on lui dispense. C'est presqu'à l'unanimité que les répondants font cette constatation, même si plusieurs le déplorent.

A cet égard il est d'ailleurs remarquable de relever l'importance accordée au recours au député, c'est-à-dire au circuit classique de la pression plutôt qu'au conseil régional, pour faire "débloquer" des dossiers auprès du Ministère. Cette observation a été faite par certains représentants de la population dans les conseils d'administration d'établissements, et cela dans presque toutes les régions. Bref, malgré leur nom, les conseils régionaux ne sont pas des "conseils", du moins en ce qui concerne la population.

C'est donc sur les 3 autres dimensions que les conseils obtiennent les scores les plus élevés. Plus précisément, c'est sur les dimensions 2 et 3, c'est-à-dire les deux dimensions reliées à leur rôle vis-à-vis les établissements: soit celui d'instrument pour influencer le Ministère, soit celui d'outil régional proprement dit. Globalement les CRSSS sont donc actuellement perçus et se perçoivent (on a vu cependant que les deux perceptions - celles des établissements et celles du CRSSS - sont en opposition dans certaines régions) comme d'abord utiles aux

établissements. On peut dire que c'est actuellement le modèle dominant, à condition d'ajouter immédiatement les deuxs précisions suivantes:

- d'abord il s'agit d'un modèle récent, en évolution, non stabilisé. Le point tournant de cette évolution, pour plusieurs CRSSS, a été leur changement d'attitude dans le dossier des compressions budgétaires: ils sont passés d'une solidarité "ministérielle", à une solidarité "régionale" (réduite cependant au réseau d'établissements, et non à la population);

- cette image émane davantage de la perception du rôle des CRSSS dans certains dossiers particuliers que de leur perception globale par les acteurs. Si on ne tenait compte que de la perception globale exprimée par les représentants d'établisssements, l'image serait plus négative quant au rôle des CRSSS vis-à-vis les établissements. Sur ce plan, ils sont souvent traités d'intermédiaire inutiles ou de "bras" du Ministère en région;

Ce modèle de CRSSS, en tant qu'image générale ou sur le plan des interventions ponctuelles avec les établissements sur des dossiers particuliers, semble donc en assez forte émergence. Mais il ne s'agit pas encore d'un modèle unitaire, comme le montrera l'analyse qui suit.

A partir du tableau 5 (page 205) du score obtenu et du portrait des CRSSS présenté dans la section précédente, il est possible de dégager plusieurs modèles ou types de conseils tels qu'ils étaient au moment de l'enquête. Réduisons d'abord les cinq dimensions à trois: commandement (dimension 1), relations avec les établissements (dimensions 2 et 3) et relations avec la population (dimensions 4 et 5). Pour faire ressortir les CRSSS qui se ressemblent et qui, en même temps, se distinguent des autres, calculons pour chaque CRSSS le pourcentage ob-

tenu sur chacune de ces trois dimensions, par rapport au score total obtenu par le CRSSS. Par exemple: 38% des 8 points obtenus au total par le CRSSS F sont dans la dimension commandement; alors que seulement 25% sont attribuables aux dimensions reliées à la population. Inversement, pour le CRSSS C qui obtient le score global le plus élevé (19) 5% seulement de ce score est attribuable à la dimension commandement, mais 47% aux relations qu'il entretient avec la population. En combinant le score global (indicateur de performance générale) du CRSSS et l'importance relative du score obtenu sur chaque dimension (indicateur de la performance spécifique, sur chaque dimension) une typologie se dégage.

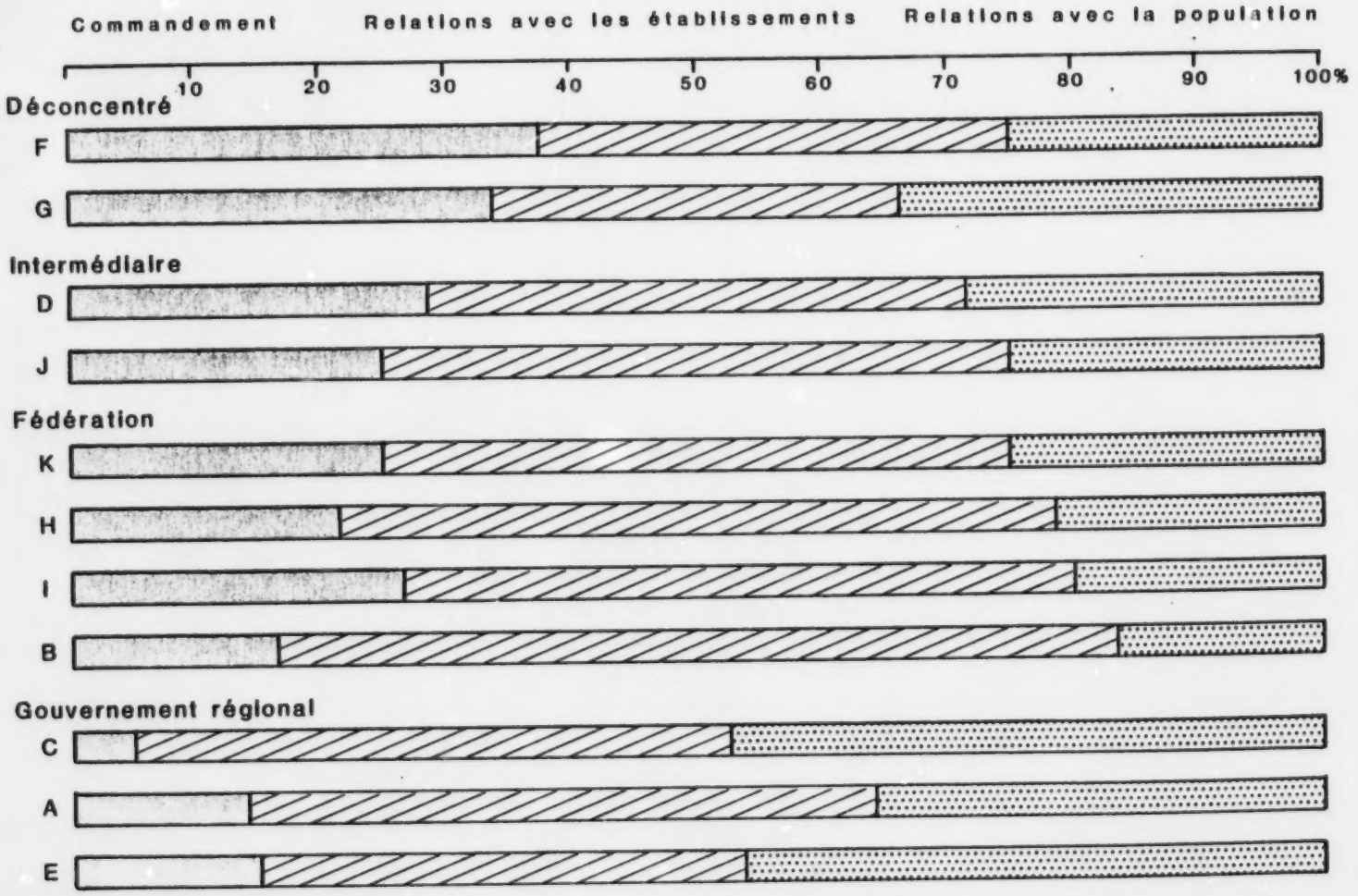
Le tableau 6 (p. 209) et l'histogramme, (p. 210) présentent les résultats d'un tel regroupement et la typologie qu'il a été possible de construire à partir de ce regroupement. Dans le premier type, la dimension commandement l'emporte par rapport aux autres CRSSS. Le second type est semblable au premier par sa faible performance globale, mais obtient une répartition plus égalitaire et se rapproche plus de la moyenne. Il ne se démarque sur rien en particulier. Le troisième regroupe le plus grand nombre de CRSSS. Leur performance générale est plus élevée que les CRSSS des deux premiers types, mais à la différence du dernier type, elle est faible sur la troisième dimension et forte sur la deuxième, les relations avec les établissements. Enfin le dernier type se caractérise par une bonne performance générale, mais plus particulièrement par l'importance de sa performance dans ses relations avec la population. Ces différents types de CRSSS seront appelés: déconcentré, médiateur, fédération d'établissements et gouvernement régional.

Tableau 6: Les types de CRSSS

Type de CRSSS		Commandement (dimension 1)	Relations avec les établissements (2 et 3)	Relations avec la population (4 et 5)	Pointage Total
		%	%	%	
Déconcentré	F	38	37	25	8
	G	33	33	33	9
Intermédiaire	D	29	42	29	7
	J	25	50	25	8
Fédération	K	25	50	25	12
	H	21	58	21	14
	I	27	53	20	15
	B	17	66	17	12
Gouvernement régional	C	5	47	47	19
	A	14	50	36	14
	E	15	38	47	13
Pourcentage moyen		21	49	30	

Établis à partir des pourcentages horizontaux obtenus par chaque CRSSS, à partir des scores.

Histogramme 1: **Types de CRSSS selon leurs poids (%) sur chaque dimension**



La section suivante présente cette typologie plus en détail.

7.2 TYPOLOGIE DES CRSSS

7.2.1 Le CRSSS médiateur

Si les CRSSS ne sont pas des lieux de représentation de la population, se sont-ils pour autant clairement établis dans la ligne de commandement, du Ministère aux établissements? La majorité des répondants reconnaissent un rôle d'intermédiaire utile au conseil, l'expression la plus courante et la plus significative étant donné que les conseils régionaux ont supprimé une partie importante des "pélérinages à Québec". De plus, le CRSSS se voit attribuer presque partout un rôle minimal de coordination, de lieu de réunion pour les établissements. Pour certains, les aspects positifs du Conseil régional s'arrêtent là. On est en présence ainsi d'un premier modèle, qu'on peut désigner par le terme de médiateur ou d'intermédiaire: à la fois entre les établissements et le Ministère, et entre les établissements eux-mêmes. Ce dernier aspect se limite toutefois à une sorte de table de concertation, ou de salle de réunion. C'est ainsi qu'on peut caractériser les CRSSS D et J, qui ont un score de 2 pour les dimensions 1 et 2 ("commandement") et "conseil régional aux services des établissements") et ont un score minimal pour les autres dimensions, pour un total de 7 et 8 respectivement. Ces conseils régionaux ne dépassent pas le rôle d'intermédiaire, que ce soit entre les établissements eux-mêmes, ou bien les établissements et le Ministère. La population en est à peu près absente.

7.2.2 Le modèle déconcentré

Les CRSSS F et G sont eux aussi globalement faibles sur toutes les dimensions (total: 8 et 9) à l'exception de celle du

"commandement", pour laquelle ils ont un score de 3 et où, proportionnellement, ils arrivent en tête des CRSSS avec 38 et 33% de leur score attribuable à cette dimension. Un second modèle se dégage ainsi, celui du Conseil régional comme instance du Ministère, résultat d'une déconcentration administrative en région, mais remplissant mal d'autres rôles, comme celui d'animateur et de coordonnateur du réseau: ils se situent au niveau le plus bas (1) sur cette dimension, et, en outre, ils y sont plus faibles que tous les autres conseils. Tout se passe comme si l'identification au Ministère les empêchait de remplir d'autres fonctions, élément le plus remarquable dans ce modèle, qu'on aurait également pu nommer "mandataire" du Ministère, ainsi que l'ont fait de nombreux répondants.

Il faut aussi noter que ces CRSSS craignent le "politique" et refusent de jouer un rôle de pression. Cela est plus explicite pour le CRSSS F, que pour le CRSSS G. Ce dernier aimerait pouvoir s'appuyer sur la population et tente, sans succès, de l'impliquer. Il accorde aussi beaucoup d'importance aux plaintes. Mais en même temps il se définit dans un univers exclusivement administratif, et se perçoit d'abord comme représentant du Ministère, comme fonctionnaire. Cela semble contradictoire et explique peut-être le faible score global de ce CRSSS.

7.2.3 La fédération d'établissements

Les autres conseils régionaux obtiennent tous un score supérieur à 2 en tant qu'animateur régional ou coordonnateur du réseau d'établissements. On peut aussi constater que la plupart d'entre eux obtiennent un score élevé en ce qui concerne leur capacité d'exercer des pressions auprès du Ministère au nom des établissements. Par contre, ils se distinguent quant aux autres dimensions. Si on retient ceux qui sont faibles sur les dimensions reliées à la population (3),

il reste les CRSSS H, I, K et B qui ont un score global de 14, 15, 12 et 12. On constate que ces quatres conseils ont des scores élevés sur les trois dimensions non reliées à la population. Nous avons désigné ce modèle par l'expression "fédération d'établissements".

Certains de ces conseils vont jusqu'à exercer une fonction de péréquation infra-régionale entre les établissements, et ceci parce qu'ils réussissent à obtenir la collaboration des établissements, plutôt que par autorité. S'ils ont un score élevé dans la dimension commandement, cela signifie souvent que nous sommes en présence, dans ces régions, d'un double modèle, d'une double perception selon qu'il s'agisse des répondants du CRSSS ou de ceux des établissements. Mais il peut s'agir aussi de deux modèles réels, celui de la véritable fédération d'établissements, et celui de coordonnateur qui, tout en étant très impliqué avec les établissements, garde ses distances et tente de se définir aussi dans la ligne de commandement. C'est le cas notamment du CRSSS I. Ajoutons aussi que ce modèle est rarement complet, au sens où ces CRSSS ne parviennent pas à assurer cette collaboration et cette animation pour l'ensemble des établissements de leur région. Parfois c'est une catégorie d'établissement qui est négligé et se perçoit comme tenu à l'écart (CLSC et CSS); parfois ce sont les établissements situés à la périphérie qui sont négligés (par exemple dans le cas du CRSSS K); enfin ce peut être aussi un secteur (le CRSSS B qui privilégierait la santé au détriment du "social").

Enfin, dans ce modèle, comme d'ailleurs aussi dans le modèle précédent (déconcentré) le rôle réel des représentants de la population au conseil d'administration s'apparente à celui d'un comité consultatif, plutôt qu'à leur statut formel de membre d'une institution décisionnelle. C'est une caractéristique importante qui les distingue du modèle suivant et qui fait de cette fédération une coalition de permanents jouant au détriment des conseils d'administration des éta-

blissements. Cela est particulièrement évident dans le cas du CRSSS B. Poussée à son ultime limite, la logique de ce modèle entraînerait le remplacement des conseils d'administration actuels par un comité consultatif auprès des permanents.

7.2.4 Le gouvernement régional

Nous désignons ainsi les CRSSS qui obtiennent un score plus élevé en ce qui concerne les relations avec la population. Le CRSSS C est celui qui se rapproche le plus du modèle du gouvernement régional. Son seul score faible concerne la ligne de commandement. Il s'identifie à la région, et non au Ministère. Mais il est aussi distinct des établissements. Il tente de maintenir une relation autonome par rapport à eux, tout en réussissant une concertation (non sans conflits) entre les établissements. La seule façon de maintenir un tel statut, indépendant à la fois du Ministère et des établissements, c'est de réussir à obtenir une légitimité régionale auprès de la population. Plusieurs conseils régionaux en sont très conscients; mais seul le CRSSS C a réussi à établir cette liaison, notamment parce qu'il se situe d'emblée dans le champ de la pression politique, ce que de nombreux conseils régionaux refusent et craignent par-dessus tout.

Le CRSSS A se situe aussi dans cette catégorie, mais de façon beaucoup moins importante. Il est à la marge entre le modèle de la fédération et celui du gouvernement régional. C'est la présence et l'influence, au moment de l'étude, de l'élite régionale au Conseil d'administration qui nous a conduit à classer ce CRSSS dans cette catégorie. Il est d'abord au service des établissements, mais il essaie de prendre une certaine distance par rapport au Ministère en se fondant sur une légitimité politique régionale par ses liens avec l'élite régionale. Ce qui le distingue principalement du CRSSS C, c'est qu'il néglige la périphérie et est peu sensible aux problèmes concrets de

services à la population que connaissent les établissements. Son enracinement régional se limite au centre de la région; il est aussi beaucoup moins éloigné de la ligne de commandement que le CRSSS C.

Le CRSSS E représente un cas limite, plus difficile à situer. Il obtient un score moyen sur presque toutes les dimensions. De toute évidence, il n'appartient pas aux trois premiers types: il n'est pas dans la ligne de commandement; il est plus qu'un intermédiaire. Certes il réussit une certaine coordination et se définit comme animateur du réseau. Mais il représente si peu d'établissements qu'il n'est pas possible de le situer dans le type "fédération". Restent ses efforts pour intéresser la population dans ses comités, son choix en faveur d'organismes bénévoles, le fait que son conseil d'administration soit utilisé comme plate-forme politique par certains groupes auprès du gouvernement: ces éléments expliquent pourquoi il obtient un score élevé dans la dimension 3, ce qui le rend moins éloigné du modèle de gouvernement régional que des autres modèles.

Cette relative implication de la population dans le CRSSS apparaît ainsi, dans notre typologie, comme la marque de commerce du modèle de "gouvernement régional". Aussi relative et précaire qu'elle y apparaisse parfois, elle n'en présente pas moins une qualité et des modalités d'exercices essentiellement différentes de ce que l'on retrouve dans l'ensemble des autres CRSSS.

Chez ces derniers, en effet, l'implication de la population apparaît comme limitée au formalisme des statuts et règlements; les représentants de la population au conseil d'administration admettent eux-mêmes contrôler assez peu les dossiers les plus courants; d'autre part, on peut s'interroger à savoir s'ils représentent les bénéficiaires dans leur ensemble ou bien certaines élites régionales déjà favorisées par la distribution du pouvoir institutionnel.

Dans le modèle du gouvernement régional, les représentants au Conseil d'administration paraissent plus facilement parvenir à modeler autour des préoccupations régionales le discours et le travail du CRSSS. Non seulement moins de dossiers leur échappent, mais ils en initient eux-mêmes. De plus, dans ce modèle, la population participe au CRSSS à travers les organismes bénévoles. En effet, le mandat confié au CRSSS par le Ministère dans le domaine des subventions aux organismes bénévoles vient substantifier, peut-être pour la première fois, la relation entre le CRSSS et les associations locales regroupant et représentant la population de la région.

On pourrait évidemment s'interroger à savoir si de tels organismes représentent la population en tant qu'"usager", au sens de la loi, ou bien comme productrice de services, parfois en concurrence avec le réseau des affaires sociales. On se souviendra que certains répondants reprochaient à leur CRSSS d'avoir fait des choix en faveur de ces "concurrents du réseau" plutôt qu'à l'avantage des établissements. Par contre, à côté des quelques services qu'ils peuvent "produire", ces organismes n'en demeurent pas moins, dans une forte mesure, des porte-parole d'une demande de services à l'endroit ou à côté du réseau; ils expriment souvent une certaine idéologie de la santé et des services sociaux et ressortent ainsi, à la fois, comme producteurs concurrents du réseau et comme demandeurs de services au réseau, au nom de la population ou de leurs membres.

Le modèle de gouvernement régional présente donc une ouverture à la population à la fois originale et nouvelle, sans doute encore faible et précaire, mais inédite dans les autres CRSSS.

7.2.5 Vers une conclusion

Ce chapitre présentait une typologie des CRSSS dans le but de mieux identifier les rincipaux axes de développement empruntés par chacun de ces organismes depuis leur création. Du CRSSS médiateur au modèle de gouvernement régional, on a pu observer comment, à partir d'une même situation de départ en termes statutaires, les CRSSS ont dégagé des images et des représentations de leur mission assez diamétralement opposées.

L'émergence de ces différents modèles, sur la base d'une même situation statutaire, nous ramène au problème de la confusion du concept de décentralisation. Il apparaît donc essentiel, pour terminer cet ouvrage, d'examiner comment l'expérience des Conseils régionaux éclaire la problématique de la décentralisation au Québec et d'identifier les enseignements et les interrogations qui s'en dégagent.

CONCLUSION

Au début de cette recherche, il a été souligné que les conseils régionaux s'inscrivaient dès leur création dans un contexte équivoque: celui de la décentralisation. Celle-ci souscrivait à la fois à des impératifs de démocratie et d'autonomie pour le niveau régional et à un souci d'une plus grande efficacité des structures de l'Etat québécois. Pour les uns, les conseils régionaux s'inscrivaient dans un réseau socio-sanitaire dans lequel la rationalité administrative triompherait du grenouillage politique. Pour d'autres, ils représentaient un canal privilégié d'expression pour la population.

Dans ce contexte, la loi 65 (1971) confiait aux CRSSS un triple mandat: susciter la participation de la population, servir de canal de communication entre celle-ci, le ministre et les établissements et jouer un rôle de conseiller et de collaborateur auprès des établissements. La Loi délimitait ainsi des zones grises permettant l'initiative et des espaces de liberté de manoeuvre aux différents acteurs du domaine socio-sanitaire.

Par ailleurs, la structure même des conseils régionaux contraignait l'action de ces mêmes acteurs: en lieu et place de quatre organismes

régionaux (office régional de la santé, office régional des services sociaux, conseil de la santé, conseil des services sociaux) préconisés par la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, un seul organisme voyait le jour, différent de tous ceux-ci: le CRSSS.

Quinze ans plus tard il est apparu utile de déterminer comment sont perçus les CRSSS, aussi bien par eux-mêmes que par les établissements, par la population et par les organismes centraux. Tel était l'objectif de cette étude et son apport à la compréhension de la pratique de la décentralisation dans le réseau socio-sanitaire québécois.

A l'heure de conclure, il convient, dans un premier temps, de mettre en relief les principales constatations quant à la perception de la réalité des CRSSS. Par la suite, la réalité de cette perception nous rappellera à quel point, malgré une décentralisation sur papier uniforme, les CRSSS ont évolué différemment. Nous terminerons par quelques considérations générales sur la problématique de la décentralisation.

LES PRINCIPALES CONSTATATIONS

Après avoir analysé le contenu de plus de 170 entrevues semi-structurées d'une durée moyenne de deux heures menées au quatre coins du Québec auprès d'acteurs relativement importants du domaine socio-sanitaire, quel portrait se dégage des conseils régionaux?

A l'intérieur des CRSSS mêmes, il faut d'abord souligner les nombreuses divergences de point de vue existant entre permanents et membres de l'exécutif d'une part et les représentants de la population n'assumant pas de fonctions exécutives au sein du CRSSS d'autre part. En général ces derniers sont beaucoup moins enthousiastes, qu'ils parlent des réalisations du CRSSS, de ses relations avec le reste du réseau ou même de son avenir. Quant aux premiers, ils ont une perception du CRSSS qui est très positive, à quelques exceptions près.

POUVOIR ET MARGE DE MANOEUVRE DES CRSSS

Les permanents et membres de l'excutif des CRSSS soulignent l'importance des réseaux informels de communication entre le CRSSS et le Ministère, le rôle négatif des chargés d'établissements du MSSS, le pouvoir d'influence réel du CRSSS sur le Ministère en aval de la prise de décision, c'est-à-dire avant qu'une décision soit annoncée au réseau par ce dernier. Du côté des établissements, les perceptions sur ce dernier point varient selon le type d'établissements. Pour les CLSC, plusieurs CRSSS ne prennent même pas la marge de manoeuvre qui leur est déjà concédée par le Ministère. Les centres d'accueil ne leur reconnaissent généralement pas de marge de manoeuvre alors que du côté des centres hospitaliers les avis sont partagés moitié-moitié sur cette question. Quant aux CSS, permanents et représentants attribuent peu de marge de manoeuvre et de pouvoir autonome aux CRSSS.

RELATIONS AVEC LES DIFFÉRENTS TYPES D'ÉTABLISSEMENTS

La perception des CRSSS des relations qu'ils entretiennent avec les établissements du réseau varient selon le type d'établissements concernés: on s'entend généralement sur le fait que les relations avec les CLSC sont très bonnes et celles avec les centres hospitaliers plus tendues. Par rapport aux centres d'accueil, les répondants des CRSSS estiment que les conseils régionaux se comporteraient de façon beaucoup plus autoritaire, créant ainsi un climat de tension et de méfiance alors qu'avec les CSS, les CRSSS agissent comme s'ils étaient le bras exécutif du Ministère: la relation en est une d'autorité où les CSS sont généralement perdants.

Du côté des établissements, la perception est la suivante: un peu tout le monde craint les CRSSS et la nature de certains pouvoirs supplémentaires qui pourraient éventuellement leur être consentis. Cette

crainte a pour fondement l'idée que le Ministère accorde aux CRSSS des pouvoirs pouvant porter atteinte à l'autonomie des établissements. Paradoxalement, les petits établissements recherchent la protection du CRSSS. Cela peut peut-être s'expliquer par le fait que, ne disposant pas des ressources des gros établissements pour entretenir des "accès", ils préfèrent une autorité régionale à une autorité nationale, celle du Ministère. La perception des répondants des CSS vient corroborer celle de ceux des CRSSS quant aux relations CRSSS/CSS: les conseils régionaux agissent comme exécutant des ordres du MSSS par rapport à eux.

LES COMMISSIONS ADMINISTRATIVES RÉGIONALES

Les commissions administratives régionales, qui représentent le lien organique entre les établissements et le CRSSS, sont perçues comme essentielles au bon fonctionnement des CRSSS. Les répondants indiquent que ce sont les directeurs d'établissements qui contrôleraient les C.A.R. L'importance des C.A.R. est également soulignée lorsqu'on parle du rôle du conseil d'administration du CRSSS: ce dernier ne peut ignorer leurs recommandations, ce qui les rend quasi-décisionnelles. Si on ajoute à cela le fait que le directeur général du CRSSS et sa permanence sont souvent perçus comme étant ceux qui décident vraiment, il reste très peu de pouvoirs réels à ceux des membres du c.a. du CRSSS qui ne représentent pas les établissements! Du côté des établissements, les commissions administratives régionales sont très majoritairement bien perçues. Seuls quelques répondants des CSS et des centres d'accueil considèrent qu'elles sont surtout un lieu de concurrence inter-établissements plus ou moins utile. Quant à savoir qui les contrôle, on parle alors des permanents des CRSSS ou des directeurs généraux de gros établissements. A noter enfin que cette situation est jugée acceptable par plusieurs permanents des CH et des CLSC.

L'INFORMATION À LA POPULATION

Quant à la perception qu'ont les répondants du CRSSS de l'information à la population, la plupart soulignent que ce n'est pas là le rôle des conseils régionaux, mais plutôt celui des établissements; attitude tout de même curieuse si on considère le mandat confié aux CRSSS par la Loi! Les répondants des établissements sont quant à eux tout à fait d'accord avec cette vision des choses.

LES PRINCIPAUX DOSSIERS

Par rapport aux principaux dossiers initiés soit par un établissement, soit par le CRSSS lui-même ou en dehors du réseau, certains faits méritent d'être soulignés. Tout d'abord, au chapitre du principal dossier amené par un établissement, plus de la moitié des répondants des CRSSS parlent d'un dossier initié par un CH, ce qui révèle sans doute la préoccupation majeure des c.a. de CRSSS et l'importance du secteur "santé" par rapport à l'ensemble du domaine socio-sanitaire. Faut-il rappeler que du côté des répondants des établissements, plusieurs citaient eux aussi un dossier initié par un CH ou un groupe de CH. Quant au rôle des CRSSS dans ces différents dossiers, la perception des répondants des CH et des centres d'accueil n'est pas la même que celle des CLSC et CSS: chez ces derniers, le CRSSS n'a joué aucun rôle ou un rôle nuisible dans la majorité des dossiers soulevés. Chez les premiers, on souligne que le CRSSS a joué un rôle dans la plupart des dossiers soulevés et que dans plus de la moitié des cas ce rôle était positif: collaborateur des établissements, médiateur entre eux et le Ministère.

Autre fait d'importance à noter: plus de la moitié des représentants de la population au c.a. des CRSSS est incapable de faire état d'un dossier initié hors du réseau socio-sanitaire! Du côté des établisse-

ments, près de la moitié des répondants sont incapables eux aussi de faire état d'un dossier initié hors du réseau socio-sanitaire. Les thèmes qui reviennent le plus souvent sont ceux de l'implantation de CLSC et de services aux personnes handicapées physiquement ou mentalement. Le rôle du CRSSS concerné est généralement perçu positivement, surtout dans les centres d'accueil et les CH. On le qualifie alors de collaborateur des organismes, de conseiller (obligatoire), de médiateur entre eux et les établissements ou le Ministère. A noter cependant que près du quart des répondants estiment que le CRSSS n'a joué aucun rôle relativement au dossier concerné et que près de 20% lui attribuent un rôle négatif.

En ce qui concerne le principal dossier initié par le CRSSS, les répondants des CRSSS n'en font apparaître aucun comme commun à l'ensemble des conseils régionaux. Du côté des établissements, il faut surtout souligner les qualificatifs employés pour décrire le comportement du CRSSS: médiateur inter-établissements ou entre les établissements et le MSSS, collaborateur administratif des établissements, informateur des établissements. Du côté des répondants (minoritaires) qui ont une perception négative du CRSSS, on parle de simple exécutant du Ministère, d'organisme sans aucun poids politique et peu soucieux de l'autonomie des établissements.

LA SUPPRESSION DES CRSSS

La suppression des conseils régionaux ressort comme une impossibilité pour les répondants des CRSSS. Dans l'éventualité où cela se produirait, la population régionale apparaît aux yeux de la très grande majorité comme la grande perdante. Les établissements, dans une majorité écrasante, ne sont pas d'accord avec la suppression des conseils régionaux, tout en souhaitant généralement un CRSSS différent de celui en place dans leur région. Dans le cas d'une telle éventualité, plusieurs

répondants estiment que les gros établissements, les politiciens, les régions centrales (Québec et Montréal) et le Ministère (sans préciser qui) seraient les gagnants. La très grande majorité des répondants des établissements indique que ce sont les régions et la population qui seraient les grandes perdantes. On parle aussi du Ministère sans préciser davantage.

LE CRSSS IDÉAL

Les permanents et membres de l'exécutif des CRSSS décrivent le CRSSS idéal comme un organisme possédant plus de pouvoirs dans le domaine de la planification et la budgétisation et, pour une importante minorité, dirigé dans une proportion plus forte par des représentants hors-réseaux. Les représentants de la population sans fonction exécutive au sein du c.a. du CRSSS semblent pour leur part avoir lancé la serviette: ils sont très majoritairement sceptiques quant à la place et au rôle des représentants au sein des CRSSS et doutent du pouvoir réel et de la marge de manoeuvre du conseil régional. Pour les établissements, le CRSSS idéal doit en être un qui a comme objectifs l'amélioration de ses relations avec les établissements dans le respect de leur autonomie, une plus grande indépendance face au Ministère et, pour plusieurs, un enracinement régional ou local plus important. La plupart des répondants estiment également qu'il faut clarifier le plus rapidement possible les rôles et fonctions du Ministère et des CRSSS.

LA VISION DES "AUTRES"

Il a été difficile d'identifier des leaders régionaux et des personnalités qui s'intéressent aux CRSSS en dehors du réseau socio-sanitaire. Les difficultés de cette démarche sont certainement dues, en partie, à un rayonnement limité des CRSSS dans la plupart des régions. D'autant plus que les personnes rencontrées présentent des verdicts plutôt néga-

tifs quant à la présence et à l'action du CRSSS dans sa région. L'image d'un organisme replié sur lui-même et sur le réseau se dégage avec netteté, en dépit de quelques exemples d'intervention du CRSSS en faveur des organismes hors-réseau, et même à l'encontre des établissements concernés par ces dossiers.

Les entrevues réalisées au Ministère ont permis de voir le problème sous un angle différent: depuis le début du processus de décentralisation administrative vers les régions, le Ministère serait obligé de défendre son point de vue auprès du Conseil du Trésor à qui plusieurs des répondants attribuent un rôle négatif eu égard à la décentralisation. De plus, cette décentralisation, bien que s'inspirant des travaux de la Commission d'enquête sur la Santé et le Bien-être social, n'aurait pas joui des fondements structurels envisagés, ni d'une conception théorique précise: on espérait que, par définition, décentraliser serait synonyme d'une performance générale améliorée et que la décentralisation pourrait s'édifier d'elle-même, à mesure que se modifierait les comportements des acteurs. Ces entrevues ont permis de constater que l'existence d'une structure entre le Ministère et les établissements n'est pas remise en cause à l'échelon central et que la participation de la population aux conseils d'administration y paraît encore un élément positif.

Du côté des associations d'établissements et de professionnels rencontrées, les conseils régionaux sont souvent perçus comme les "bumpers politiques" du Ministère! Pour les associations d'établissements davantage préoccupées par les soins curatifs, la position même des CRSSS dans le réseau fait en sorte qu'ils se font plus d'ennemis que d'amis. Du coté "social" on souligne l'importance d'être présent à ce palier, pas seulement pour le forum que les CRSSS représentent mais tout simplement pour ne pas se faire avoir! Les associations d'établissements indiquent également que la personnalité du directeur général du CRSSS

façonne de manière importante les relations entre CRSSS et établissements à l'intérieur d'une région. Plusieurs soulèvent la question des fonctionnaires du MSSS qui cour-circuiteraient régulièrement les CRSSS pour transiger directement avec certains établissements. Certains parlent même de patronage...où les vrais "boss" sont certains gros établissements. Les CRSSS interviendraient en faveur de ceux-ci compte tenu du fait que ces établissements "noyauteraient" les conseils régionaux.

Et la population dans tout cela? Les associations évaluent que leur présence au sein des conseils d'administration n'a pas donné les résultats escomptés. De plus compte tenu du fait que c'est le Ministre qui nomme plusieurs membres des conseils d'administration, cela revient à la limite à faire en sorte que c'est le gouvernement (le parti ministériel) qui décide.

Pour les associations d'établissements, le CRSSS idéal serait une fédération d'établissements, dès lors il faudrait "dégraisser" sérieusement les conseils régionaux actuels et faire en sorte que les C.A.R. soient supervisées par les permanents et non contrôlées par ceux-ci comme c'est le cas actuellement. Ou bien il serait un organisme déconcentré. Dans un cas comme dans l'autre cependant, la clarification des rôles du Ministère et des CRSSS apparaît comme une condition essentielle aux répondants.

Les associations médicales pour leur part dénoncent la lourdeur bureaucratique des CRSSS, leurs pratiques technocratiques en opposition à une approche plus "professionnelle". Ce palier est jugé inutile et coûteux.

Il est intéressant de rappeler que plusieurs des opposants à une augmentation des pouvoirs et responsabilités des CRSSS lors des commis-

sions parlementaires des loi 65 (1971) et 27 (1981) s'appuient aujourd'hui sur le caractère non-décisionnel des conseils régionaux pour en réclamer la suppression?

DES CRSSS DIFFÉRENTS

Ces perceptions d'ensemble dégagent pourtant, pour chaque CRSSS, des réalités fort différentes. Il n'y a en effet pas unanimité sur la façon de percevoir les conseils régionaux. Dans une même région, pour un même type d'établissements, les répondants livrent des images souvent très différentes de leur conseil régional. Ce n'est qu'en superposant les différentes perceptions émises, en les comparant et les mettant en contradiction que nous avons pu dégager un portrait de chacun des CRSSS. De même, les premières esquisses des chapitres abordant la perception des répondants des CRSSS et des établissements (chapitre II, III, IV), donnaient souvent une impression de partage moitié-moitié des avis quant au rôle que jouent les CRSSS. Il a souvent fallu retourner aux données brutes contenus dans les rapports régionaux pour que les tendances lourdes se dégagent finalement.

Chaque CRSSS étant largement construit par la perception qu'ont ses acteurs de sa mission et de ses pouvoirs, il est possible de dégager la réalité de cette perception si on accepte une position épistémologique à l'effet que l'environnement organisationnel se présente comme une extension des acteurs. Il serait trop long de dépeindre ici chacun des conseils régionaux tel qu'ils sont apparus au chapitre VI. L'idée d'ensemble est la suivante: les CRSSS sont différents et ce malgré une décentralisation "sur papier" relativement semblable pour l'ensemble. En fait, il y a autant de type de CRSSS qu'il y a ...de conseils régionaux. La typologie proposée regroupe certains CRSSS ayant des affinités, mais non semblables en tout points. Le type le plus fréquent, celui de la Fédération d'établissements, est entouré par trois autres

types (Déconcentré, Intermédiaire, Gouvernement régional) qui ont pour caractéristique de mettre l'accent sur d'autres variables. Pour les uns, le CRSSS est perçu davantage comme le bras du Ministère en région. Pour d'autres, il veut devenir une sorte de gouvernement régional qui cherche à s'imposer aux établissements en s'appuyant davantage sur la population. La Fédération d'établissements se situe entre ces deux extrêmes. A remarquer que les critiques les plus virulentes des répondants en région s'adressaient aux CRSSS de type déconcentré et intermédiaire. Autre fait à noter: dans leur description du CRSSS idéal, les répondants décrivent le plus souvent le CRSSS "Fédération d'établissements" on encore "Gouvernement régional". Seuls quelques permanents des CRSSS, dans les régions où le CRSSS est qualifié de déconcentré ou d'intermédiaire, envisagent avec intérêt l'idée d'être le bras du Ministère en région.

Par contre, en ce qui concerne le parti pris d'un CRSSS en faveur d'un groupe d'établissements ou d'une sous-région, aucun type ne ressort. En effet les CRSSS F, D, K, B, A et E ont fait l'objet de critiques de cet ordre. Il s'en trouve au moins un dans chaque type proposé. Il faut ici souligner que tous les CRSSS situés dans des régions socio-sanitaires où il y a une Faculté de médecine sont souvent accusés de favoriser le centre de leur région au détriment de la périphérie...

DISCUSSION

LES LIMITES DE LA MÉTHODOLOGIE

Il faut souligner tout d'abord une certaine inégalité de cette recherche par suite de son envergure à maints égards trop considérable. Il a, par exemple, été impossible de mettre en valeur tout le matériel amassé lors des entrevues et des recherches documentaires; si ces éléments ont été utilisés lors de la confection des rapports régionaux et

de la compréhension propre à chaque CRSSS, il a fallu, pour ce rapport d'ensemble, s'en tenir aux objectifs premiers de la recherche, l'analyse des perceptions. Pourtant, peu de personnes ont été rencontrées si l'on songe à la multitude d'intervenants du réseau socio-sanitaire. C'est le compromis qu'il a fallu accepter: des entrevues semi-structurées en nombre relativement restreint (170 environ) mais riches en information au lieu d'un questionnaire fermé à un plus grand nombre mais où la valeur de l'information colligée, compte tenu du sujet de la recherche, aurait été peu significative. L'analyse des perceptions est éloquente sur les performances des CRSSS, compte tenu de la qualité des observateurs interrogés et des nombreux aspects concrets de la grille d'entretien à laquelle ils ont été soumis.

L'effet halo n'est pas non plus à négliger dans un tel type de recherche. Le transfert des effectifs CSS-CLSC durant la période des entrevues ou encore le fait qu'elles se soient déroulées durant l'année 1984, Année internationale des personnes handicapées, ont sûrement teinté les perceptions des différents répondants.

Quelles conclusions et réflexions générales les résultats néanmoins atteints inspirent-ils quant à la problématique de la décentralisation?

LES CRSSS COMME GARDIEN DE LA RATIONALITÉ ADMINISTRATIVE

Il a déjà été fait mention que la décentralisation souscrit à un souci d'une plus grande efficacité des structures de l'Etat québécois et qu'en ce sens les conseils régionaux sont vus par plusieurs comme s'inscrivant dans un processus administratif rationel dans lequel chaque acteur laisserait de côté sa vision subjective du réseau. Cette vision a trouvé un large écho dans l'enquête qui a été effectuée. En effet il y a une nette tendance des conseils régionaux à développer un modèle administratif où le CRSSS vient influencer avec plus ou moins de

succès le Ministère en aval du processus de prise de décision de ce dernier. Une telle tendance est en accord avec certains principes de base du management: les CRSSS ont développé une culture organisationnelle tournée vers l'administration, compte tenu des catégories de personnels qui les composent et de celles avec qui ils font affaire quotidiennement, soit du côté des établissements soit du côté du Ministère

A ce propos, il y a une critique adressée aux conseils régionaux qu'il faut relever: les CRSSS seraient inutiles par ce qu'ils ne rendent aucun service à la population. C'est là l'essentiel de la critique du rapport "Gobeil". Cette critique tient difficilement: c'est comme suggérer qu'il faille abolir le Conseil du Trésor ou des directions ministérielles entières sous prétexte qu'ils ne rendent pas un service direct à la population...D'autres détracteurs, habiles à s'appuyer sur le même motif, sont pourtant prompts à s'offusquer lorsqu'un CRSSS offre certains services à la population ou aux établissements de sa région!

Les établissements pour leur part sont satisfaits de la performance des CRSSS lorsque ceux-ci jouent différents rôles en leur faveur: médiateur inter-établissements ou entre les établissements et le MSSS, collaborateur administratif des établissements, informateur des établissements. Ils craignent un CRSSS qui se développerait aux dépens de leur autonomie propre.

Dès lors, il n'est pas surprenant de constater que les commissions administratives régionales soient généralement bien perçues par l'ensemble des permanents: elles sont tout d'abord le lieu privilégié où peut s'exprimer la culture organisationnelle du réseau, entre personnes partageant un même langage technocratique. Les C.A.R. sont également un moyen important pour les établissements de s'assurer qu'ils seront

parties prenantes advenant une centralisation régionale. Il n'est pas surprenant de constater que des permanents, plus souvent ceux du côté des gros établissements (ce dans certaines régions seulement) veulent s'assurer du contrôle des C.A.R., reléguant les permanents de CRSSS au rôle d'animateurs.

A noter également que plusieurs répondants, plus particulièrement au niveau central, estiment que ce sont les gros établissements qui, déjà, contrôlent les CRSSS. Bien que constaté dans quelques régions, cette vision ne trouve pas écho dans l'ensemble. Au contraire elle semble devoir se limiter aux CRSSS des régions "centrales". C'est dans cette optique, où ce sont eux à toutes fins pratiques qui dirigeraient le CRSSS, que les gros établissements envisagent une décentralisation plus importante vers le niveau régional. Les permanents de petits établissements considèrent plutôt les permanents des CRSSS comme étant les seuls pouvant garantir une certaine équité dans le partage des ressources à l'intérieur de la région. Dans leur cas, on préfère une bureaucratie régionale à celle, plus lointaine, du Ministère.

Les efforts des CRSSS pour mettre en place une rationalité administrative "régionale" se heurtent également à d'autres problèmes. La confusion des rôles entre le Ministère et le CRSSS n'est pas le moindre. Il y a également tout le jeu de certains fonctionnaires du Ministère qui, probablement plus par habitude que par mauvaise volonté, court-circuitent régulièrement les CRSSS en s'adressant directement aux établissements sous "leur" responsabilité. Le processus budgétaire n'est pas non plus à négliger, puisque c'est lui qui, à toutes fins pratiques, détermine les grands paramètres à l'intérieur desquels la décentralisation pourra se développer.

Il y a également toute la question reliée au fait que le domaine curatif (recouvrement de la santé) a pris une très grande importance dans

notre système socio-sanitaire, que ce soit en termes de pouvoir détenu par les gros établissements ou certaines associations professionnelles ou encore à cause de la part relative des budgets de l'Etat dévolue à ce domaine. Enfin il faut noter que le type de rationalité prônée par les conseils régionaux se heurte à la rationalité "professionnelle" des dispensateurs de soins et services médicaux.

D'ailleurs, le langage technocratique des CRSSS n'est pas sans susciter de vives réactions de la part d'associations de professionnels qui se sentent mises à l'écart et remettent en cause l'utilité même de ce palier décisionel sous sa forme actuelle. Leur perception est intéressante car elle se situe à mi-chemin entre une rationalité administrative et une rationalité politique (appuyée sur la population). Cependant elle trouve très peu d'écho du côté des régions elles-mêmes puisque presque toutes les personnes rencontrées à ce niveau estiment que la population serait la grande perdante advenant la suppression des CRSSS. On admet donc qu'une coordination à un niveau différent du central (MSSS) est essentielle, bien que plusieurs répondants contestent la façon dont les CRSSS l'assure actuellement.

LES CRSSS COMME CANAL D'EXPRESSION DE LA POPULATION

Il est toutefois un aspect ironique à cette identification de la population comme principale victime d'une éventuelle suppression des CRSSS. L'argument relève sans doute du bon sens général, car il ne trouve pratiquement aucune assise dans les perceptions de la performance ou de la mission des CRSSS: rayonnement régional, liens concrets avec la population, importance décisionnelle des représentants de celle-ci au conseil d'administrationn et dans les CAR sont autant de facteurs qui posent la population comme "bénéficiaire" et non comme "agent" du réseau et, dès lors, très indirectement, du conseil régional lui-même. L'argumentation des répondants qui identifient plutôt le Ministère ou

certains types d'établissements comme principaux perdants, en cas de suppression des CRSSS, semble plus cohérente et plus reliée à la stratégie d'intervention développée par les conseils régionaux.

Une autre critique s'adresse aux CRSSS, qui va dans le même sens: les conseils régionaux seraient loin de la population régionale qu'ils sont censée, selon ces répondants, représenter. En pratique la Loi sur les services de santé et les services sociaux confie aux CRSSS le mandat de susciter la participation de la population, ce que la plupart des conseils régionaux semblent effectivement incapables de faire. Qu'il suffise de rappeler que les représentants de la population sur les conseils d'administration des CRSSS ont jeté la serviette et se montrent très sceptiques en général sur leur rôle en son sein. De plus il a été peu surprenant, compte tenu de la nature même des CRSSS, de constater que plus de la moitié de ces personnes qui sont censées représenter la population régionale ont été incapables de nommer un seul dossier "socio-sanitaire" initié hors du réseau socio-sanitaire.

Ce biais "administratif" des CRSSS devrait-il nous étonner? Tout d'abord il faut se rappeler que la loi contient seulement deux alinéas relativement à ce rôle des conseils régionaux. Tous les autres concernent plutôt un rôle administratif en rapport avec les établissements. De plus cette approche va dans le sens des nombreux mandats que leur a confiés le Ministère depuis plus de 14 ans. Les conseils régionaux sont là pour <u>faire faire</u> et non pour faire eux-mêmes. C'est là la définition même de la tâche du <u>gestionnaire</u>. Les CRSSS ont aussi recruté de plus en plus du personnel "technocratique", par opposition à du personnel d'animation comme c'était le cas dans leurs premières années d'existence, et ce afin de répondre à ce mandat de gestionnaire. Rappelons aussi que la très grande majorité des répondants de l'enquête affirment que le rôle d'informateur de la population ne revient pas au CRSSS mais plutôt aux établissements.

La population qui participe à l'administration du réseau se sent mal à l'aise avec le langage technocratique de ses membres. Elle se sent souvent étrangère aux problématiques abordées aux séances des conseils d'administration. Comme nous l'avons déjà mentionné, il faut se demander qui doit se rendre à l'autre: pourquoi la population devrait faire sienne les préoccupations des gestionnaires?

DES BALISES POUR UNE ÉVENTUELLE RÉFORME

A ce stade-ci, il convient de proposer quelques pistes de réflexion dans l'optique où le Ministère voudrait revoir l'ensemble de ses relations avec les conseils régionaux et les établissements.

Un organisme situé à mi-chemin entre un Ministère et un réseau d'établissements dispensant des services se doit de faire faire, et non de faire lui-même. Dans cette optique, l'on peut s'interroger sur la pertinence de maintenir à ce niveau une structure relativement lourde, coûteuse en temps pour les gestionnaires du réseau; n'y aurait-il pas lieu de songer à mettre en place des organismes du type de la table de concertation de ville Laval par exemple?

Ceci nous amène à nous interroger sur le découpage actuel des régions socio-sanitaires. Dans six des onze régions visitées, des répondants ont soulevé la question de la partialité du CRSSS relativement à une sous-région ou à un groupe d'établissements. La décentralisation frappe-t-elle au bon niveau? Devrait-on favoriser un niveau plus "local" tel les municipalités régionales de comté? Et dans l'affirmative, la nécessaire péréquation inter-régionale que devra effectuer le Ministère ne risque-t-elle pas de poser problème?

Il semble que les expériences de décentralisation québécoise ait pour prérequis l'uniformité, c'est-à-dire qu'il faut étendre à l'ensemble

du territoire québécois un même modèle. A ce sujet, la Commission d'étude sur les municipalités présidée par monsieur Jacques Parizeau vient à juste titre de déplorer cette situation[1]. Heureusement, les lois sont ainsi faites qu'elles laissent souvent beaucoup de latitude dans l'interprétation qu'on peut en faire. A preuve l'existence d'au moins quatre types de CRSSS différents à partir d'un même texte de loi et de la délégation de mandats similaires à chaque CRSSS. Bien plus: la décentralisation "sur papier" a peu d'influence sur le type de conseil régional que l'on retrouvera dans une région. En effet, les deux régions qui ont fait l'objet d'une décentralisation plus poussée en 1980 ne se retrouvent pas dans le peloton des CRSSS du type "gouvernement régional", mais plutôt dans ceux des types "fédération d'établissements" et "intermédiaire"! C'est là une preuve supplémentaire que la décentralisation de 1980 s'avère, en fin de compte, strictement administrative.

A retenir également dans l'éventualité d'une réforme: à partir du moment où l'on met dans une même structure population, professionnels et technocrates, la population ou plutôt ses représentants se font rapidement "avaler" par la culture technocratique. En ce sens, l'idée première de la Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux de séparer dans des structures distinctes les activités de pression des activités de gestion et de commandement apparaît comme très intéressante encore aujourd'hui.

Cette option nous paraît même beaucoup plus féconde que le couperet de la suppression ou le simple déménagement structurel, en faveur des MRC, par exemple. Elle aurait aussi le mérite de ne pas soulever le problème de la répartition de l'autorité fiscale, qui risque de s'avérer une pierre d'achoppement dans la situation financière actuelle de l'Etat.

---

1 Rapport de la Commission d'étude sur les municipalités, Union des municipalités du Québec, décembre 1986, 292 p.

Au-delà de ces pistes de réflexion, il faudra aussi s'interroger sur le type de message qui doit s'exprimer dans le réseau socio-sanitaire: celui-ci représente-t-il essentiellement un réseau de services et de soins? La santé dépasse-t-elle le strict réseau socio-sanitaire? S'agit-il de traiter des "patients-bénéficiaires" ou de faire une place à des citoyens-acteurs dans la définition des politiques socio-sanitaires? Des réponses à ce genre de question dépendra la structure du réseau à mettre en place, les rôles et fonctions de chaque palier retenu. L'important sera toujours de se poser les bonnes questions, non de trouver de bonnes réponses à des questions secondaires. La Santé au Québec, à l'instar du catholicisme de Jean-Jacques Rousseau, doit commencer par décider si elle a besoin de bons sujets et de mauvais citoyens, ou de l'inverse.

Annexe 1

GRILLE D'ENTRETIEN
PERCEPTION DU RÔLE DES CRSSS

Université Laval - I.N.R.S. - Urbanisation

PRÉSENTATION DU PROJET DE RECHERCHE

Cette enquête sur les CRSSS est conduite conjointement par l'I.N.R.S. et par l'Université Laval qui ont reçu une subvention du ministère des Affaires sociales à cette fin.

Elle a reçu le soutien de la conférence des CRSSS. Nous pouvons cependant vous assurer de la confidentialité des réponses individuelles. Seul le rapport de recherche, dont votre établissement recevra évidemment une copie, sera public. Les données y seront traitées de façon confidentielle.

Nous nous proposons de mieux comprendre ce que pensent des CRSSS ceux qui exercent des fonctions et des responsabilités en leur sein, et ceux qui vivent cette réalité dans leur région. Nous pensons en effet qu'il n'y a pas que les textes qui façonnent les institutions. Il y a aussi les hommes et les femmes qui les vivent du dedans et du dehors. C'est cette réalité qui nous intéresse dans cette enquête, dont nous voulons discuter avec vous.

Sur le plan légal, les CRSSS ont connu une transformation importante en 1981. Mais dans la réalité, quelle a été leur évolution depuis qu'ils existent, jusqu'à aujourd'hui ? Quel rôle jouent-ils dans leur région, au service de qui ? Quel rôle pourraient-ils jouer, selon vous, dans votre région ?

Tels sont les principaux thèmes que nous aborderons pendant cet entretien, après avoir précisé un peu à quel titre vous êtes impliqué dans cette institution régionale.

GRILLE D'ENTRETIEN

PERCEPTION DU ROLE DES CRSSS
AUTOMNE 1984

ÉTAT DE L'ENTREVUE

Date : _____

Durée : _____

Numéro : _____

Nom de l'interviewer : _____

LIEU DE L'ENTREVUE

Municipalité : _____

Nom de l'institution,
s'il y a lieu : _____

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE INTERVIEWÉE :

Nom : _____

Occupation actuelle : _____

REMARQUES :

_____

_____

_____

_____

_____

_____

SECTION 1 : ÉVOLUTION DES CRSSS

1.1 CHANGEMENTS PERÇUS

1.1.1 À votre connaissance les CRSSS ont-ils subi les changements ? S'il y a lieu, à quel niveau se sont-ils produits ? (composition - fonctions - personnes impliquées - type de représentation - etc.)

1.1.2 Ces changements ont-ils entraîné une modification des rapports qu'entretient votre organisme ou votre association avec les CRSSS ?

- situation de l'organisme par rapport aux CRSSS
- champs d'action respectifs

1.2 CHANGEMENTS INTRODUITS PAR LA LOI 27

1.2.1 A votre avis quels ont été les changements entraînés dans les faits par la loi 27 en rapport avec les CRSSS ? (composition, rôle, personnes impliquées). Est-ce que la loi 27 a changé la représentation réelle au sein des CRSSS ?

1.2.2 Pourquoi les établissements se sont-ils opposés à ce que les CRSSS détiennent plus de pouvoir ? (On se souviendra que le Ministère avait qualifié les établissements de «brigade anti-CRSSS» lors des audiences publiques du projet de loi 27).

SECTION 2 - RÉALISATION LA PLUS IMPORTANTE DU CRSSS

2.1 IDENTIFICATION DU DOSSIER

2.1.1 Selon vous quel a été le dossier le plus important au Conseil régional depuis que vous êtes en place ?

_____

_____

2.1.2 Qui avait initié le dossier (ou quel organisme) et comment a-t-il été acheminé au CRSSS ?

_____

_____

2.1.3 Quels ont été les principaux intervenants dans ce dossier ? (organismes locaux, établissements, permanents, C.A., etc.)

_____

_____

_____

2.1.4 Quels en ont été les enjeux et y-a-t-il eu des conflits ? Explicitez :

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

2.2 ROLE DU CRSSS DANS CE DOSSIER

2.2.1 Finalement, selon vous quel rôle aurait joué le CRSSS dans ce dossier, et entre quelles parties l'a-t-il joué ?

ROLES

1. porte-parole
2. collaborateur
3. médiateur
4. autorité
5. autre (précisez) : _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

2.2.2 Pensez-vous que le rôle joué par le CRSSS était plutôt administratif ou plutôt politique ?

_____

_____

2.2.3 A toute fin pratique, à qui croyez-vous que le CRSSS a été utile dans ce dossier ? Qu'est-ce que l'intervention du CRSSS a changé, finalement ?

SECTION 3 - COMPRESSIONS BUDGÉTAIRES

3.1 HISTORIQUE POUR LA RÉGION

3.1.1 Pourriez-vous nous tracer un portrait général de ce qui a marqué la période de compressions budgétaires, c'est-à-dire depuis 1980-1981 (depuis le début de la période, ou depuis l'arrivée en poste du répondant) ?

3.1.2 Plus précisément comment a évolué l'attitude du CRSSS et du ministère dans ce dossier ?

3.1.3 Quelle a été l'approche du CRSSS face aux établissements ?

3.2 RÔLE DU CRSSS DANS CE DOSSIER

3.2.1 Finalement, selon vous quel rôle aurait joué le CRSSS dans ce dossier, et entre quelles parties l'a-t-il joué ?

RÔLES

1. porte-parole
2. collaborateur
3. médiateur
4. autorité
5. autre (précisez) : _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

3.2.2 Pensez-vous que le rôle joué par le CRSSS était plutôt administratif ou plutôt politique ?

_____

_____

_____

3.2.3 A toute fin pratique, à qui croyez-vous le CRSSS a été utile dans ce dossier ? Qu'est-ce que l'intervention du CRSSS a changé, finalement ?

SECTION 4 : RELATIONS DES CRSSS AVEC LES RÉGIONS

4.1 INTERVENTION DU CRSSS

4.1.1 À votre connaissance, est-ce qu'un CRSSS est déjà intervenu auprès du ministère en faveur d'un organisme ou individu de la région ? (Est-ce un rôle important du CRSSS ?) Autrement dit, croyez-vous que les CRSSS sont utiles à la population (rôle d'input) ?

4.1.2 Est-ce qu'un CRSSS est déjà intervenu auprès du ministère en faveur d'un établissement ou de certaines catégories d'établissements ?

4.1.3 Votre organisme ou association a-t-il déjà bénéficié d'une intervention du CRSSS auprès du MAS ? À votre avis, les CRSSS parviennent-ils à représenter efficacement les établissements auprès du MAS ? (Capacité de négociation des CRSSS vs l'association ou l'organisme vis-à-vis du MAS)

4.1.4 A-t-il déjà été utilisé pour modifier ou même renverser une décision du ministère ?

4.2 LES INTERLOCUTEURS DES CRSSS

4.2.1 Votre organisme (ou association) entretient-il des rapports suivis avec les permanents des CRSSS (sur une base régionale) ? Vos contacts avec la Conférence des CRSSS sont-ils plus fréquents ?

4.2.2 À votre avis, quels sont les interlocuteurs privilégiés des CRSSS dans les régions ? Précisez.

4.2.3 **Quels sont les groupes ou organismes qui ont intérêt à établir des rapports avec les CRSSS ?**

SECTION 5 - POUVOIR ET INFLUENCE

5.1 INFORMATION

5.1.1 Information provenant du MAS

Quel rôle jouent les CRSSS dans la diffusion des informations en provenance du MAS ? Croyez-vous que votre organisme (ou votre association) est mieux informé ou en meilleure position que les CRSSS pour transmettre ces informations aux établissements (ou à la population) ?

5.1.2 Information provenant des établissements

Les établissements informent-ils bien les CRSSS ? Ont-ils avantage à entretenir des échanges ouverts avec les CRSSS ?

5.1.3 Dans la mesure où les CRSSS canalisent les informations concernant les établissements et les besoins des régions, croyez-vous qu'ils constituent de meilleurs «intermédiaires» face au MAS que les associations d'établissements ou les regroupements qui se situent au niveau national ?

5.1.4 Pour quel type de dossier faites-vous (ou les groupes que vous représentez) affaire avec le CRSSS ?

5.1.5 Pour quel type de dossier faites-vous affaire directement avec le ministère ?

5.1.6 Information à la population

Est-ce que le CRSSS informe suffisamment la population de la région ? Qu'est-ce qu'il pourrait faire de plus ? Parviennent-ils à intéresser celle-ci ? Pour quelles raisons ?

5.2 CONTROLE DES RÈGLES

5.2.1 Selon vous quelle est la marge de manoeuvre des CRSSS en regard des directives du Ministère c'est-à-dire la loi, les règlements, les circulaires et les décrets ? De manière générale, diriez-vous qu'ils les ignorent, les contestent directement, les adaptent ou les appliquent ?

5.2.2 Par exemple dans le dossier des transferts de poste, comment a agi le CRSSS ? Quel a été le rôle de votre organisme (ou de votre association) ?

5.3 CONTROLE DE L'ATTRIBUTION DES MOYENS

5.3.1 Quel rôle a joué le CRSSS dans l'allocation des budgets d'immobilisations ?

5.3.2 Quel a été le rôle de la CAR dans ce dossier ? Le pouvoir ou la marge de manoeuvre du CRSSS n'en a-t-elle pas été diminuée ?

5.4 LES COMMISSIONS ADMINISTRATIVES RÉGIONALES

5.4.1 A quoi servent les CAR ? Sont-elles utiles aux établissements ?

5.4.2 Finalement, pourrait-on dire que c'est par les CAR que le CRSSS joue son rôle le plus important ?

5.4.3 À votre avis qui contrôle les CAR (ou la CAR la plus connue) ? Y a-t-il des représentants des usagers dans les CAR ?

5.4.4 Pensez-vous que les CAR peuvent avoir pour effet de diminuer les pouvoirs des conseils d'administration des établissements (en particulier, des usagers qui y siègent) ?

SECTION 6 - ALLIANCES ET STRATÉGIES

6.1 LIAISON AVEC LES USAGERS

6.1.1 Pensez-vous que les CRSSS s'acquittent bien des responsabilités relatives au traitement des plaintes ?

6.1.2 Est-ce que la population est suffisamment informée de ce rôle des CRSSS ? Les CRSSS devraient-ils informer davantage la population à ce sujet ?

6.1.3 Est-ce que ce rôle a des effets sur la qualité des services ? Est-ce que le rôle de récepteur des plaintes n'est pas en contradiction avec d'autres fonctions ? Cela entraîne-t-il des tensions avec certains établissements ?

6.1.4 Est-ce que votre organisme (ou votre association) intervient dans le règlement des plaintes ? Croyez-vous être en meilleure position que les CRSSS pour vérifier le bien-fondé des plaintes et apporter ds solutions ?

6.2 MANDATS ET PRISE DE DÉCISION

6.2.1 La présence de représentants de la population sur les conseils d'administration des CRSSS et des établissements du réseau a-t-elle modifié l'orientation des décisions qui y sont prises ?

6.2.2 Existe-t-il des divages entre les différents types d'acteurs présents au niveau des CRSSS ? Qui a le plus de poids lorsqu'il s'agit de prendre un décision ? Qui devrait en avoir davantage ?

6.2.3 Selon vous quel(s) mandat(s) ne devraient pas être confié(s) au CRSSS ? Pour quelles raisons ?

6.2.4 Si le gouvernement supprimait les CRSSS, qu'est-ce que ça changerait ? Qui y gagnerait le plus ? Qui y perdrait le plus ? Spécifiez s'il s'agit de la population, des établissements ou du MAS.

SECTION 7 - LE CRSSS IDÉAL

7.1 Selon vous, que devrait être le CRSSS idéal ?

7.2 Comment pourrait-il être plus enraciné régionalement ?

7.3 Quelles sont les conditions de sa réalisation ? (Transformation de sa relation au MAS, augmentation des pouvoirs qui lui sont octroyés, quête de légitimité, etc.)

Annexe 2

RAPPORT "REGIONAL"

I- Background

1- Données socio-économiques (territoire et population).
Etablissements de la région (nombre, taille, activités principales, particularités, etc.).
Clivages inter-régionaux.

N.B.: Cette section peut être constituée à partir de documents photocopiés ou de découpures.

2- Historique du CRSSS.

3- Structure du CRSSS, personnel, budget (ventilation), etc.
Organigramme.

4- Output (Que produit le CRSSS?) tel qu'il ressort du rapport annuel et des documents officiels.

5- Caractéristiques des personnes interviewées (première étape des entretiens).

II- Les perceptions

1- Présentation thématique (par thème de l'entretien; cf. schéma d'entretien).

2- Présentation par catégorie de personnes ou type d'établissements

a) CRSSS, établissements, autres;
b) permanents/non permanents;
c) centre/périphérie;
d) tout autre clivage pertinent (par exemple, la formation de l'interviewé en gestion ou en service social);
e) image régionale (hors-réseau) du CRSSS.

A partir d'ici, l'analyste se prononce et tire lui-même des conclusions.

III- Analyse

1- Le pouvoir du CRSSS (fondements et limites)

a) par rapport au MAS;
b) par rapport aux établissements.

2- Le rôle du CRSSS

a) les différents rôles (effort de typologie et définition des termes);
b) le rôle principal;
c) vers quels acteurs sont orientés ces rôles;
d) contradictions avec le rôle légal.

3- Les principaux conflits

a) les acteurs et leurs ressources;
b) les objets;
c) les étapes;
d) les résultats.

4- Le CRSSS et la population de la région

a) enracinement local;
b) utilité du CRSSS (à qui sert-il? En quoi: locaux, subventions).

5- Le CRSSS est-il nécessaire?

a) qu'entraînerait sa disparition?
b) quelles seraient les alternatives?
c) qui envisage volontiers sa disparition? Et ces alternatives?

6- Le CRSSS est-il un instrument du MAS?

Annexe

1- Liste des personnes interviewées (critères de sélection, représentativité, etc.)
2- Difficultés rencontrées
3- Secteurs non-couverts